



*Université Lille 2
Droit et Santé*

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

**LES MEDECINS GENERALISTES ET L'OBSERVANCE THERAPEUTIQUE
DES MALADIES CHRONIQUES : ETAT DES LIEUX ET PERSPECTIVES**

Présentée et soutenue publiquement le 24 septembre 2014 à 18h00

Au Pôle Recherche

Par JEAN-RAYMOND ODABACHIAN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre FONTAINE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Monsieur le Docteur Nassir MESSAADI

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Alain BARDOUX

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Définition.....	2
II. Contexte.....	3
III. L'objectif de l'étude et question de recherche.....	4
Matériels et méthodes.....	5
I. Recherche bibliographique.....	5
II. Type d'étude.....	5
III. Stratégie d'échantillonnage et recrutement.....	5
IV. Recueil des données et analyse.....	6
Résultats	7
I. Caractéristiques des entretiens et des participants.....	7
A. Caractéristiques des entretiens.....	7
B. Caractéristiques des participants.....	7
II. Le malade chronique, la maladie chronique et le médecin généraliste.....	8
A. Définition d'un malade chronique.....	8
B. Définition d'une maladie chronique.....	8
C. Prise en charge d'un malade et d'une maladie chronique.....	8
III. L'observance thérapeutique et la non observance thérapeutique.....	9
A. Définitions.....	9
B. Rôle du médecin généraliste.....	10
C. Comportement des médecins généralistes face à un patient non observant.....	11

D.	Comportement des patients non observants vu par les médecins généralistes.....	11
E.	Conséquences de la non observance thérapeutique.....	12
IV.	Dépistage de la non observance thérapeutique.....	13
A.	Maladies chroniques dont le médecins généralistes se sentent le plus concernés.....	13
B.	Formations médicales et Observance thérapeutique.....	13
C.	Place du médecin généraliste dans le dépistage de la non observance thérapeutique.....	14
D.	Circonstances d'abord de l'observance et de la non observance thérapeutique.....	15
E.	Modalités d'abord de l'observance et de la non observance thérapeutique.....	16
F.	Prise en charge de la non observance thérapeutique.....	17
G.	freins au dépistage de la non observance thérapeutique.....	18
H.	Solutions pour améliorer le dépistage de la non observance thérapeutique.....	19
V.	Cas particulier de la visite à domicile.....	20
A.	Avantages de la visite à domicile.....	20
B.	Limites de la visite à domicile.....	21
VI.	Les différents intervenants dans l'observance thérapeutique du patient....	21
A.	Relation entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes d'organes.....	21
B.	Les pharmaciens.....	22
C.	Les infirmiers.....	22
D.	L'entourage non professionnel de santé.....	23
E.	L'observance thérapeutique est affaire de collaboration.....	23
VII.	Le médecin généraliste et ses représentations.....	24
A.	La relation médecin-patient.....	24
B.	Responsabilité face à la non observance thérapeutique.....	25

C. Le patient et l'observance thérapeutique.....	26
D. Les médecins généralistes et les représentations de leur activités face à la non observance thérapeutique.....	27
Discussion	30
I. Atteinte des objectifs.....	30
II. Discussion de la méthode de recherche	30
A. Choix d'une étude qualitative.....	30
B. Choix des entretiens semi-dirigés individuels.....	31
C. Limites de l'étude.....	31
III. Discussion des résultats.....	32
A. Problématique de la relation médecin-patient.....	32
B. Problématique de la formation.....	32
C. Problématique de la coopération entre soignants.....	33
D. Problématique de l'éthique dans le dépistage de la non observance thérapeutique.....	34
E. Problématique des freins au dépistage de la non observance thérapeutique et solutions avancées pour l'améliorer.....	35
Conclusion.....	37
Références bibliographiques	38
Annexes	41
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	41
Annexe 2 : Questionnaire descriptif	44
Annexe 3 : Transcription des entretiens / Verbatim.....	45
Annexe 4 : Codage axial	169
Annexe 5 : Codage ouvert	198

RÉSUMÉ

Titre : les médecins généralistes et l'observance thérapeutique des maladies chroniques : état des lieux et perspectives.

Contexte : en 2003 un rapport de l'OMS dit que l'amélioration de l'observance thérapeutique serait l'avancée médicale la plus importante pour la santé des populations. Beaucoup d'études ont recherché comment l'améliorer du point de vue du patient. Cette étude a eu pour but de voir quel était le point de vue, 11 ans après ce rapport de l'OMS, d'un acteur majeur de cette observance : le médecin généraliste.

Méthode : il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes recrutés de façon raisonnée et en variation maximale. L'analyse thématique des entretiens a été réalisée à l'aide du logiciel QSR Nvivo 10.

Résultats : douze entretiens ont été nécessaires pour obtenir la saturation des données. Les médecins généralistes ont une bonne connaissance médicale théorique. Ils connaissent la problématique de l'observance thérapeutique mais ils ont des difficultés à l'appréhender dans leur pratique. Les causes sont liées à la relation médecin-patient, à leurs représentations, au temps, à la formation médicale initiale et continue. Les médecins généralistes sont conscients de leurs difficultés et décrivent des freins liés à leur pratique et aux patients. Ils désirent y remédier en proposant des solutions pour améliorer la sensibilisation de tous les intervenants, professionnels de santé ou non, à cette problématique.

Conclusion : l'amélioration de la formation médicale continue, des outils d'aide au diagnostic, un meilleur fonctionnement du réseau de soins et une sensibilisation au problème de la non observance des populations semblent être de bonnes pistes. Mais la formation médicale initiale à la relation médecin-patient est essentielle. Notre étude montre que les représentations des médecins généralistes influencent la façon dont ils traitent l'observance thérapeutique.

INTRODUCTION

I. Définition

Différents termes sont utilisés pour qualifier le fait de suivre correctement une prescription médicale.

Etymologiquement le terme observance provient du vocabulaire religieux : c'est l'action d'observer, de pratiquer une règle en matière religieuse, d'obéir à Dieu, d'accomplir des pratiques rituelles (1).

Ce terme d'observance est une traduction d'un mot anglo-saxon apparu dans les années 1970, compliance, pour définir le degré de respect ou d'écart entre les prescriptions et les pratiques du patient en termes de santé (2).

L'observance d'un patient à une prescription ou sa compliance renvoient à une notion de passivité du patient, à une asymétrie de la relation médecin-patient. C'est pour cela qu'est apparu le terme d'adhésion thérapeutique qui définit sa participation active et indépendante. Ainsi on peut définir le fait de suivre correctement une prescription médicale par : l'adhésion primaire (lors de l'initiation du traitement), l'observance (le respect de la prescription au jour le jour) et la persistance (respect de la durée prescrite, durée de la prise médicamenteuse) (2).

L'observance se décline en 3 composantes : médicamenteuse, hygiéno-diététique et suivi médical qui peut être considéré comme un facteur prédictif des deux précédentes composantes (3). L'observance concerne toutes les pathologies mais surtout les pathologies chroniques, souvent asymptomatiques, dont le traitement est long et contraignant, ayant davantage un but de prévention des complications et des rechutes qu'un but curatif (3).

La non-observance thérapeutique est donc définie comme le défaut de concordance entre le comportement des patients et les prescriptions médicales (médicamenteuses ou hygiéno-diététiques). On utilisera donc ici par commodité, car les plus usités, les termes d'observance et de non observance.

II. Contexte

Selon l'OMS résoudre le problème de la non observance thérapeutique représenterait un progrès plus important que n'importe quelle découverte biomédicale car elle est la raison pour laquelle les patients ne retirent pas tous les bienfaits qu'ils pourraient attendre de leurs médicaments.

L'OMS a établi que, dans les pays développés, le taux de bonne observance n'était que de 50%, et beaucoup plus faible dans les pays en voie de développement (4).

Ses conséquences s'évaluent en termes de réduction de l'effet thérapeutique, de surdosage, d'interaction médicamenteuse, et donc de morbi-mortalité, et en termes économiques. Elle ne permet pas aux systèmes de santé dans le monde entier d'atteindre leurs objectifs sanitaires (4).

Ainsi il est plus aisé de blâmer les patients qui ne respectent pas leur traitement ; de nombreuses études portent sur les défauts d'observance des patients ou la recherche des causes de non observance des patients dans le diabète (5), dans l'hypertension artérielle (6), les troubles psychiatriques (7) ou encore chez les adolescents (8) et les personnes âgées (9) alors qu'il existe des preuves que les professionnels et les systèmes de santé peuvent exercer une grande influence à ce niveau.

Les médecins constatent le besoin d'améliorer l'observance des traitements prescrits. La mauvaise observance empêche le praticien d'avoir une bonne analyse de sa prise en charge. Compte tenu du fait que le système de soin est partiellement responsable de la situation (la publication de l'OMS en 2002), il faut trouver des mesures les incitant à travailler dans ce sens (10).

Il n'est retrouvé ainsi aucune étude qualitative s'intéressant aux ressentis des médecins généralistes, principaux intervenants en soins primaires (code de la santé publique article L 4130-1), notamment face à l'observance thérapeutique, leurs échecs, la relation avec leur patient ou encore les solutions qu'ils proposent pour l'améliorer.

III. L'objectif de l'étude et la question de recherche

L'objectif de cette étude est donc de mieux comprendre comment le médecin généraliste appréhende l'observance thérapeutique et le dépistage de la non observance thérapeutique dans la relation médecin-patient et quelles solutions il envisage pour améliorer sa pratique.

Pour cela nous avons envisagé :

« Le médecin généraliste et l'observance thérapeutique : état des lieux et perspectives ».

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Recherche bibliographique.

La recherche bibliographique est réalisée à partir de plusieurs moteurs de recherche sur internet : Pub Med, Cismef, Google scholar, EM consulte. Mots clés : observance thérapeutique, non observance thérapeutique, relation médecin-patient, adhésion, traitement.

II. Type d'étude.

Ce travail de recherche est une étude qualitative (11, 12). Elle a été réalisée par des entretiens individuels semi-dirigés (13) par le chercheur lors de rencontres avec des médecins généralistes.

III. Stratégie d'échantillonnage et recrutement.

Des critères d'inclusion ont été définis (médecin généraliste libéral, thésé, exerçant en cabinet) afin de réaliser l'étude. Les médecins ont été sélectionnés dans les pages jaunes sur trois secteurs de la région Nord-Pas-de-Calais : le Calaisis, la métropole lilloise et le Hainaut.

Cet échantillonnage non orienté a été défini par des variables non strictement représentatives mais caractéristiques de la population afin de maximiser les chances d'obtenir des réponses diverses et originales (14) et ainsi un échantillon raisonné à variation maximale (ANNEXE 2).

Les médecins ont été contactés par une lettre, expliquant l'objet de la recherche et les modalités de l'entretien, puis par téléphone afin de convenir du rendez-vous. Les entretiens se sont tous déroulés au cabinet du praticien en dehors des plages de

consultation ou de rendez-vous. A la fin de chaque entretien le questionnaire descriptif a été réalisé concernant l'âge, le sexe, le nombre d'années d'exercice, le nombre de patients vus par jour, le type d'activité, le lieu de formation et l'opportunité d'une formation spécifique à l'observance thérapeutique.

IV. Recueil des données et analyse.

Les données ont été recueillies grâce à un canevas d'entretien (14, 15, 16) élaboré en fonction des données de la littérature avec l'approbation du directeur de thèse (ANNEXE 1). Les questions ont été posées de façon ouverte avec des possibilités de relance.

Les entretiens ont été retranscrits *ad integrum* à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word sur PC afin d'obtenir des verbatim. Ils se sont déroulés jusqu'à obtention de la saturation des données, c'est-à-dire lorsque les derniers entretiens n'apportaient plus de données exploitables.

L'analyse des verbatim (ANNEXE 3) a été réalisée après chaque entretien et a fait l'objet d'un codage ouvert (ANNEXE 5) par le chercheur. Ce codage ouvert est la transformation de chaque phrase ou partie pertinente en unités permettant une analyse précise des caractéristiques du verbatim.

Cette analyse a fait l'objet d'un travail de triangulation, pour limiter les biais d'interprétation du chercheur, de manière indépendante par Mlle GASPARD Alice par la réalisation de son propre codage ouvert des verbatim. Une fois ce codage ouvert réalisé et la saturation des données obtenue, un codage axial (ANNEXE 4) a été réalisé permettant une analyse des résultats avec une approche thématique et interprétative (19).

La réalisation des codages ouvert et axial a été réalisée avec le logiciel d'analyse QSR NVivo 10 (17,18).

RÉSULTATS

I. Caractéristiques des entretiens et des participants.

A. Caractéristiques des entretiens.

Les entretiens ont eu lieu entre le mois de novembre 2013 et le mois de mai 2014.

Les entretiens ont une durée moyenne de 20 minutes (11 minutes pour le plus court, 38 minutes pour le plus long). Pour arriver à saturation des données il a été réalisé 10 entretiens plus 2 entretiens.

B. Caractéristiques des participants.

Les caractéristiques des participants sont restituées dans le tableau 1.

Tableau 1 : caractéristiques des participants.

Médecin	Sexe	Age	Actes/ jour	zone	Années d'exercice	Formations
MG1	M	50-59	>30	Semi-rural	20-29	non
MG2	M	60-69	25-30	urbain	>30	non
MG3	M	50-59	25-30	urbain	20-29	oui
MG4	F	30-39	<15	urbain	1-9	non
MG5	F	60-69	15-25	Semi-rural	>30	non
MG6	M	60-69	15-25	urbain	20-29	non
MG7	M	30-39	25-30	Semi-rural	1-9	non
MG8	M	30-39	>30	urbain	10-19	non
MG9	M	50-59	>30	Semi-rural	20-29	non
MG10	F	40-49	>30	Semi-rural	10-19	oui
MG11	M	50-59	25-30	Semi-rural	10-19	non
MG12	M	60-69	15-20	urbain	>30	non

II. La maladie chronique, le malade chronique et le médecin généraliste.

A. Définition d'un malade chronique.

Un patient atteint de maladie chronique est un patient nécessitant des soins au long court, un cadre pluridisciplinaire et un suivi régulier « *heu un patient qui nécessite des soins réguliers, avec une prise en charge médicamenteuse ou humaine ou heu infirmière, enfin kiné, un patient qui nécessite des soins de façon chronique, de façon régulière pas forcément quotidienne mais de façon régulière.* » (MG7), un patient différent des autres « *(silence) c'est un patient (hésitation) qui vit avec quelque chose en plus que d'autres patients,...* » (MG10) qui doit réorganiser sa vie en fonction de cette maladie chronique « *alors hum un patient atteint de maladie chronique c'est un patient qui doit apprendre à vivre avec sa maladie comme un compagnon* » (MG5).

B. Définition d'une maladie chronique.

Les médecins généralistes dégagent 3 notions pour caractériser une maladie chronique ; sa durée « *Pour moi c'est ça quoi, c'est une pathologie qui est là depuis très longtemps.* » (MG11), son caractère incurable « *Quand on a une maladie chronique, on est avec, bon théoriquement elle guérit pas, on l'a pour toujours.* » (MG5) et la nécessité d'une prise en charge régulière « *beh c'est une maladie qui dure plus de un mois et pour lequel il y a un traitement et un suivi régulier. Voilà.* » (MG12).

C. Prise en charge d'un malade et d'une maladie chronique.

Le médecin généraliste doit apporter un traitement équilibré et un soutien psychologique au patient « *enfin quelques soit la maladie une fois que le diagnostic est posé bon ce qui est intéressant c'est d'avoir un traitement qui équilibre la personne et que le patient une fois qu'il est équilibré apprenne à vivre avec son traitement et ne l'oublie pas et continue de faire les examens nécessaires à l'équilibre de ce traitement* » (MG5), « *bon une prise en charge humaine, un soutien :*

un soutien psychologique, un accompagnement dans la maladie » (MG7). Pour certains l'approche est purement médicale et biologique « oh écoutez une idée bêtement médicale c'est-à-dire on essaie d'améliorer heu, d'équilibrer sa maladie, d'améliorer ses suivis de tension, d'améliorer son diabète, d'éviter les complications et parfois nécessiter des examens complémentaires, parfois répéter des avis spécialisés » (MG6). Cette prise en charge doit s'appuyer sur les sept items définis dans les objectifs du stage de 2^{ème} cycle en médecine générale ambulatoire «heu beh les fameux sept, sept items de la médecine générale dont on nous parle... » (MG7). Il doit pour cela planifier le suivi en fixant la fréquence des consultations avec le patient « c'est toujours avec le patient mais c'est moi qui lui propose les choses » (MG12).

III. L'observance et la non observance thérapeutique.

A. Définitions.

L'observance thérapeutique a trois composantes : elle est le fait de prendre un traitement sans l'omettre ou choisir ses jours de prises « *Euh... oui. Oui, oui. Euh... donc du coup euh... l'observance c'est le fait que justement ils veulent bien, ils prennent bien régulièrement leur traitement et pas une fois sur deux ou quand ils ont envie, donc euh... » (MG8), de suivre des règles hygiéno-diététiques « non, non, tout ce qui concerne son hygiène de vie, donc l'éducation thérapeutique qui est la... je, je pense que le point commun de la plupart des maladies chroniques, pour moi, ça reste l'activité physique et sportive, entre autre, et puis bien sur tout ce qui est hygiéno-diététique et tout ce qui concerne sa maladie elle-même. » (MG10) et est aussi le respect des consultations fixées avec les professionnels de santé « *Donc pour moi ... euh ... logiquement, ils ont pris leur traitement. Si j'les vois ... euh ... tous les mois. D'accord ? » (MG11). Elle s'évalue par le dépistage de la non observance « on parle de la non observance, donc d'essayer de déceler, d'évaluer l'observance de nos patients » (MG7).**

La non observance est, elle, qualifiée par l'aspect médicamenteux « *oui oui quand les gens n'observent pas leur traitement et ben on n'arrive pas à équilibrer hein à équilibrer les malades. » (MG5), ainsi que par l'absence d'éducation thérapeutique « ou qui n'a pas compris l'intérêt de la prise de médicament et/ou de l'intérêt des consultations spécialisées nécessaires, toujours en matières de*

maladies chroniques je suppose ? hein voilà. » (MG11). C'est un phénomène fréquent en soins primaires « donc si on prend tout, toute divergence concernant la prescription initiale c'est quand même beaucoup et je dirais heu je dirais presque les trois quarts de nos ordonnances où il y a heu une divergence heu sur la prise du médicament » (MG1) et quotidien « donc ça on y est confronté quand même de façon heu quotidienne on va dire... » (MG1).

B. Rôle du médecin généraliste.

Le médecin généraliste est le garant de la prise du médicament *« beh le rôle du médecin généraliste c'est d'abord de s'assurer que le médicament est bien pris »* (MG2), du fait de sa place centrale dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques *« ah beh elle est importante elle est centrale puisque tout, enfin c'est nous qui les voyons le plus régulièrement donc je pense qu'on est le meilleur, le meilleur acteur pour suivre ça, donc ouai non je pense qu'on a une place indispensable »* (MG4). Il doit expliquer son traitement, voir le vendre *« je me souviens d'un prof de fac qui disait qu'il fallait vendre un médicament au patient, enfin la manière avec laquelle il présentait, la manière avec laquelle, comment, comment on l'introduit, comment on le présente, comment on l'explique, heu ça joue énormément sur le ressenti du patient par rapport à son traitement et l'observance »* (MG7), *« c'est vrai que celui qui prescrit le traitement a une grande importance selon la façon dont il présente son traitement. »* (MG2). Cela passe aussi par une explication de la maladie *« alors la place du généraliste je pense que c'est quand même un problème d'explication de la pathologie. »* (MG5). Le médecin généraliste doit élaborer une stratégie thérapeutique pour obtenir l'adhésion du patient *« Alors parfois clairement, parfois me fixer moi dans ma tête ou sur le dossier des objectifs à moyen/long terme et puis passer par des objectifs intermédiaires avec le patient, »* (MG7). Il se sent responsable de sa prescription *« donc qu'elle soit sous les conseils d'un, d'un collègue spécialiste heu ou qu'elle vienne de ma part, c'est la même ordonnance : je prescris un médicament heu, heu, heu , si mon spécialiste veut substituer l'AVK pour un nouvel anti heu heu thrombotique c'est moi qui vais prendre la décision. »* (MG1).

Comme on le constate il y a une unanimité des médecins généralistes pour évoquer leur rôle face à l'observance thérapeutique : ils veillent à son bon suivi par le patient.

C. Comportement des médecins généralistes face à un patient non observant.

Le médecin généraliste est en guerre contre la non observance « *la première ligne, le front !* » (MG10) et il ne doit pas hésiter à se remettre en question en cas d'échec « *après on peut avoir des échecs, des échecs à un traitement, donc c'est vrai qu'il ne faut pas toujours faire, la responsabilité n'est pas toujours à mettre sur le patient je veux dire, on peut très bien instaurer un traitement qui va pas fonctionner hein ça peut arriver. Donc faut savoir aussi se remettre en question si un traitement ne fonctionne pas, ce n'est pas forcément de la faute du patient hein* » (MG9). Il y a des réactions positives « *beh j'ai déjà trouvé ça très bien parce qu'elle devait...le but c'est d'essayer de, de grappiller un petit peu en la valorisant le temps qu'on peut plutôt que la juger en disant « c'est pas bien, vous n'avez pas encore suivi votre traitement » ; le fait qu'elle me dise qu'elle devait des boîtes à la pharmacie j'ai dit c'est très bien.* » (MG10) et des réactions de lassitude « *mais bon oui effectivement quelques fois bon on ,on peut être tendance à baisser les bras ça c'est sur ...* » (MG2), voire de rupture avec la problématique « *non écoutez, moi je pense que c'est probablement sans solution.* » (MG6). Souvent la non observance est un problème découvert lors de la pratique médicale « *(silence) ah certainement hein, parce que maintenant avec le recul on se rend compte aussi un peu que, que le malade il est pas aussi beau que dans les livres presque, que finalement il faut faire avec eux...* » (MG8) qui rend humble « *oui, plus on vieillit plus on se rend compte qu'on n'est pas tout puissant avec notre ordonnance, hein (rire)*» (MG10).

Ici s'opposent deux visions de la pratique médicale : une volontariste, positiviste qui va au-devant du problème du patient et une défaitiste marquée par des échecs répétés. Dans tous les cas une découverte de la problématique par la pratique est soulignée.

D. Comportement des patients non observants vu par les médecins généralistes.

Pour beaucoup de médecins les patients ne sont pas honnêtes car ils ne veulent pas être tenus responsables de l'échec du traitement « *Donc heu c'est tellement facile de dire « beh oui les médicaments je les prends », point c'est tout*

sans autres choses, histoire de pas se faire accuser de négligences. » (MG6) alors que pour d'autres ils participent à la réussite du traitement en avouant une non observance « *alors non, non, parce qu'ils se rendent compte finalement qu'on joue tous dans la même équipe !* » (MG8). Pour certains les patients sont culturellement non observants « *oui, oui, oui, y en a certains c'est leur culture d'être inobservants* » (MG8). Un patient non observant l'est toute l'année « *après celui qui a des problèmes d'observance, il les a toute l'année, ça devient une habitude !* » (MG8) et s'auto-médique « *et c'est un patient qui peut changer de lui-même les thérapies que l'on lui propose, c'est ça un patient non observant.* » (MG12) ce qui peut s'expliquer par une attitude de déni « *oui parce que si un patient est mauvais observant thérapeutique y a forcément une part de déni de sa maladie, si y a un déni de sa maladie il pourra pas faire profiter d'autres personnes* » (MG10).

On retrouve les deux visions médicales de la non observance par le sentiment qu'ont les médecins généralistes des patients : un allié ou un menteur ne voyant le médecin que comme un moyen.

E. Conséquences de la non observance thérapeutique.

Les conséquences évoquées par les médecins généralistes sont iatrogènes « *Heu une ascension thérapeutique qui peut parfois être... une ascension thérapeutique donc si on prend le cas de l'hypertension, un patient qui prend pas son traitement on s'en rend pas compte, une tension toujours pas équilibrée, on majore, on majore avec beh forcément conséquence ... donc oui ça l'ascension thérapeutique ;* » (MG7). Il y a aussi l'évolution de la maladie vers des complications « *beh heu c'est de toute façon à terme le risque de complication de leur pathologie, essentiellement hein. bon ça, ça paraît évident quoi.* » (MG9) vers une forme aiguë « *beh une aggravation de la maladie chronique qui va devenir aiguë !* » (MG10). Répercussions en termes de santé publique « *la non observance au niveau santé publique si jamais les gens ne prennent pas leurs médicaments on se retrouve avec une efficacité qui est quand même beaucoup moins bonne et au niveau santé publique c'est pas très bon.* » (MG8) et socio-économique « *bah, en termes socio-économiques, il est certain que des médicaments qui restent dans les armoires à pharmacie qui sont achetées, ça a un coût, puisqu'ils sont achetés pour rien. Hein, donc ça a un coût, c'est évident.* » (MG12) parfois difficile à évaluer depuis un cabinet médical « *Malheureusement, hum... fin, très très mal. Nous on voit le patient*

... Fin, on va dire on est là au service de sa santé, mais on a du mal à évaluer effectivement... euh ... ce côté santé publique, ce côté ... euh ... pourquoi pas financier aussi, hein, effectivement. Et ces côtés préventifs. » (MG11). Ça peut être aussi l'occasion d'une prise de conscience pour le patient « J'en ai un d'ailleurs récemment il a fini à l'hôpital et maintenant il est observant. Mais il a fallu le déclic hein ! » (MG8). La non observance thérapeutique est globalement vécue comme une perte de chance pour le patient « heu beh forcément une perte d'efficacité, une perte de chance pour le patient » (MG7) et une régression dans la prise en charge du patient « beh vers un retour à la case départ si je puis dire, quasiment. Quelqu'un qui se soigne plus heu beh je vais dire il devient déséquilibré et redevient malade, même s'il l'a toujours été » (MG5).

Les médecins sont à l'unisson sur les conséquences de la non observance thérapeutique : médicales, économiques et sociales.

IV. Dépistage de la non observance thérapeutique.

A. Maladies chroniques dont les médecins généralistes se sentent le plus concernés.

Les médecins généralistes citent en exemple le diabète, les maladies cardiovasculaires « euh... type diabète, hypertension artérielle » (MG11), « ben après des pathologies qui arrivent qui ne devraient pas trop, l'hypertension c'est sûr, heu l'insuffisance cardiaque et puis alors le diabète hein évidemment pour moi c'est les 3 pathologies » (MG3) et les pathologies psychiatriques et les cancers « heu les dossiers des patients diabétiques, hypertendus, cancéreux, heu les maladies psychiatriques éventuelles » (MG). Néanmoins certains médecins généralistes se sentent exclus de certaines pathologies chroniques comme les maladies neurologiques « globalement c'est ça hein, bon oui les maladies neurologiques on n'est pas vraiment concernés vous savez. Voilà. » (MG6), le cancer où ils n'ont pas d'influence sur le traitement « alors ouai des maladies chroniques dont on est exclu, le grand classique c'est le cancer ! Où finalement à part l'arrêt de travail on va pas faire grand-chose d'autre. » (MG8) ou l'ophtalmologie « Alors sur l'observance de certains, au niveau de certains spécialistes y a aussi les ophtalmos, tout ce qui est pathologies ophtalmos, c'est vrai que l'ophtalmo va avoir tendance à faire une

ordonnance pour un an et du coup ça nous échappe : est-ce que les gens mettent vraiment bien leurs gouttes ou pas ça c'est impossible à savoir hein faut déjà savoir qu'ils ont déjà un traitement ! » (MG8).

Ce paragraphe a permis de mettre en évidence, par les maladies dont les médecins se sentaient les plus concernés, les difficultés de communication entre médecins généralistes et spécialistes d'organes.

B. Formation médicale et observance thérapeutique.

Les médecins généralistes ne se souviennent pas de formation universitaire ou de sensibilisation au problème de l'observance thérapeutique *« (en riant) à mon âge durant mes études ça n'intervenait absolument pas ! » (MG2), « chose que je pense que l'aspect psychologique du malade il est pas trop abordé au niveau faculté et que ça c'est après avec l'expérience qu'on se rend compte que finalement il faut qu'ils adhèrent, que le patient qui adhère pas ben c'est mal parti ! » (MG8).* La découverte du problème de la non observance thérapeutique se fait par la pratique *« c'est surtout quand on débute notre pratique » (MG4), « durant mes études : pendant les stages chez le praticien niveau 1, niveau 2, pendant les groupes d'échanges de pratiques ça avait été évoqué ou même avec les, avec les maîtres de stages on en avait parlé. » (MG7)* ce qui fait dire à un médecin que *« à la faculté de médecine on nous apprend à être médecin, mais on nous apprend pas...fin, on nous apprend la médecine, mais on nous apprend pas forcément à être médecin quoi. J'sais pas, vous comprenez la différence ? ça c'est très important, quoi. » (MG11).* Une fois le problème rencontré, la sensibilisation se fait via des FMC ou les médias pour ceux qui y participent *« oui en fait par, j'avais eu un sujet en fait c'est pas une formation...on a eu une heure la dessus : pendant une formation on a eu une heure la dessus... » (MG3), « par le biais heu, de médias spécialisés, par le biais de formations continues et par le biais de la formation « éducation thérapeutique » ! (rires) » (MG10).* Un médecin généraliste a refusé une formation à ce sujet car peu intéressé *« pas vraiment pendant des formations : je n'ai pas dit oui quand on m'en a proposé éventuellement, si ça s'est produit une fois ou l'autre » (MG6).* Un déséquilibre dans les sujets abordés en FMC est cependant déploré *« répéter ce genre de formation parce que moi je l'ai eue une qu'une fois depuis, bon bon je fais pas non plus des formations ... j'en fais que deux importantes dans l'année mais ça fait quand même quinze ans et sur quinze ans beh j'ai eu ce sujet-là qu'une fois alors*

que les infiltrations on va l'avoir pratiquement une fois par an (rire) ou le diabète par exemple on va l'avoir à tous les coups aussi on l'a à chaque fois le diabète, l'hypertension on l'a tout le temps donc c'est vrai que si on y va pratiquement deux fois par an on retourne, ça suit, alors que ce sujet-là je l'ai retrouvé qu'une seule fois, donc après ça peut être des propositions qui peuvent se refaire quoi » (MG3).

Il y a ici unanimité sur l'absence de formation médicale initiale à l'observance thérapeutique et par ailleurs un problème de déséquilibre dans le traitement des sujets lors des formations médicales continues.

C. Place du médecin généraliste dans le dépistage.

Le médecin généraliste est en première ligne dans le dépistage de la non observance thérapeutique *« notre place en fait...beh je pense pour tout en fait même au niveau du dépistage, enfin surtout je pense au niveau du dépistage en fait, ne serait-ce que ouai non au niveau du dépistage puisque' on interpelle les patients à un certain âge pour tel ou tel examen » (MG4), « Donc notre rôle est vraiment, ouai bref c'est notre rôle je pense : on est les premiers acteurs c'est à nous de voir... » (MG7),* cette place est centrale car il a la confiance du patient qui se confiera plus facilement selon lui *« oui parce que à partir du moment où vous avez des gens en confiance, la confiance c'est heu, c'est de dire heu, les personnes théoriquement nous disent la réalité des choses, mais on sait très bien que la vérité, le mensonge ça fait partie d'un, on peut parfois ne pas être dupe, donc la non observance... » (MG12).* Ce rôle est central car il doit en comprendre les raisons pour la résoudre *« alors lors de la découverte de l'échec il faut savoir pourquoi il y a échec, pourquoi ça va pas ! » (MG8).* Cette place centrale lui est notamment conférée par la fréquence des consultations avec le patient *« je pense que le généraliste est en première ligne à mon avis parce que c'est lui qui voit le patient tous les mois ou tous les trimestres selon la façon dont on délivre l'ordonnance » (MG9).* Cette position centrale permet aussi au médecin généraliste d'orienter le patient au mieux *« Bah, pour moi on est quand même ... euh ... une plaque tournante. Fin, j'veux dire on est quand même les premiers ... euh ... à être ... euh ... présents quoi, auprès de nos patients, fin surtout au niveau ... euh ... des médicaments puisque, on peut les envoyer secondairement chez les spécialistes, mais c'est quand même, on est quand même les premiers concernés, effectivement. » (MG11).* Néanmoins, le médecin se considère être au centre du dépistage s'il initie le traitement *« en terme de dépistage beh il se situe*

quand même au sommet à moins que le médicament soit donné par quelqu'un d'autre » (MG3).

Les médecins généralistes sont tous d'accord pour se définir comme la pièce centrale du dépistage de la non observance du fait de leur proximité avec les patients. Cependant ils se sentent moins responsables de ce dépistage s'ils n'ont pas été initiateur du traitement pour certains.

D. Circonstances d'abord de l'observance et de la non observance thérapeutique.

L'observance thérapeutique est un sujet abordé lors de la rédaction du traitement « *(silence) en rédigeant l'ordonnance !* » (MG2), lors d'une discordance entre un relevé clinique et celui attendu « *biologique ou une hypertension hein ; c'est-à-dire une hypertension qui évolue il faut toujours se demander si le traitement est bien pris hein...* » (MG5), ou à l'occasion d'un bilan biologique anormal « *lors de la lecture d'un bilan biologique voilà si c'est perturbé ben voilà j'aborde...* » (MG4), ou lors d'une décompensation aigue d'une maladie chronique « *moi heu (hésitation) oui alors, oui alors une complication plus ou moins grave mais oui ouai c'est plus par ce biais-là* » (MG3). Le rythme de consultation est un indice pour le médecin généraliste sur l'observance d'un patient « *heu bon petite possibilité de surveillance en fonction de la fréquence à laquelle le patient revient aussi : c'est sûr que s'il n'a plus de médicaments un mois plus tard que la date prévue a priori y a un problème.* » (MG6).

Ici le recueil des données montre l'absence d'uniformité quant au moment choisi par les médecins pour aborder ce sujet. Il y a autant de circonstances qu'il y a de médecins et de patients.

E. Modalités d'abord de l'observance et de la non observance thérapeutique.

L'abord de la non observance thérapeutique à un traitement en consultation n'est pas systématique « *beh le rechercher systématiquement heu nooon.* » (MG9), « *heu ouai c'est vrai que ça dépend un petit peu des gens mais bon moi c'est vrai que j'en parle pas quotidiennement, j'ai du mal à faire ce point-là tout le temps c'est vraiment toujours à cause de ces problèmes là...* » (MG3). La question de l'observance est abordée de façon directe « *ah ben en posant directement la*

question : est-ce que vous prenez bien votre traitement ? Est-ce que vous prenez tous les jours ? » (MG4) du fait pour un médecin de l'absence d'outils disponibles « j'ai j'ai pas de de de quest... d'outils ou de questions ciblées donc je leur pose carrément la question. » (MG2). Ou bien le médecin interroge le patient sur sa prise médicamenteuse « donc non, après c'est la quantité de médicaments : « vous prenez combien de médicaments le matin, le midi, le soir » pour évaluer, voir si ça correspond avec l'ordonnance » (MG7), ou il recherche les effets indésirables « heu la tolérance, ça j'essaie d'être vigilant sur la tolérance etc. ça donne une idée aussi sur l'observance peut-être, » (MG7). Le thème de l'observance doit être abordé lors d'un rendez-vous dédié « fin, en général ... euh ... moi j'essaie d'faire quand même ... euh ... une consultation différente. Puisque c'est une personne que je... fin, généralement j'travail sur rendez-vous, donc j'vais consacrer plus de temps, forcément, » (MG11) et pas en consultation libre « si un patient ne prend pas rendez-vous et vient pour le renouvellement de traitement en consultation libre il est évident qu'il ne veut pas qu'on l'embête donc dans ce cas-là il est inutile de forcer les portes. Donc on repropose un rendez-vous en trouvant une excuse ou sur un thème bien ciblé ou sur un truc sur lequel on pourrait avancer » (MG10). Ce sujet ne doit pas être abordé de façon trop autoritaire « et puis bon étant donné que je suis pas trop virulent et trop agressif comme médecin en disant « il faut absolument faire ci, il faut absolument faire ça ! », après bon on en discute facilement, bon c'est l'avantage : je suis pas trop dictatoriale donc heu y a une complicité qui se fait avec mes patients donc heu, je, je les dispute pas quoi donc ils savent qu'ils peuvent parler ! » (MG8), ou intrusive « on essaie d'éviter de flicker, c'est à dire on essaie d'éviter de dire « c'est bien » « c'est pas bien », on va éviter de compter les médicaments, » (MG10).

Certains médecins utilisent la menace face aux risques encourus « après on, on menace entre guillemets un peu le patient en disant « vous savez si vous faites pas attention vous allez avoir des complications ! » » (MG9) et c'est parfois la seule solution connue « je crois que pour nous c'est un petit peu la seule façon de, de, de le sensibiliser. Je crois pas qu'on ait beaucoup d'autres moyens. » (MG9).

Chez tous les médecins généralistes l'abord de la non observance n'est pas une action systématique. Les modalités d'abord sont là aussi multiples et différentes selon les médecins. Néanmoins on retient la notion de ne pas être autoritaire et intrusif.

F. Prise en charge de la non observance thérapeutique.

La prise en charge d'une situation de non observance commence par la recherche des freins du patient « *heu, heu une fois que c'est dépisté, une fois qu'on s'est rendu compte que le patient n'était pas observant, je pense que notre rôle c'est de, de, alors je sais pas si je vais répondre à la question, notre rôle c'est peut-être d'essayer de voir pourquoi il n'y a pas d'observance, ce qui bloque, les facteurs qui bloquent* » (MG7), et le médecin doit échanger avec le patient « *et puis essayer d'en discuter avec le patient pour voir ce qui bloque et soit adapter le traitement ou peut être corriger certaines idées reçues etc. pour améliorer l'observance.* » (MG7).

Certains médecins généralistes n'éprouvent pas de difficultés dans cette prise en charge « *non ça rentre pas en ligne de compte non, non, non si on en voit une on arrive après à se débrouiller pour, pour lui faire comprendre ou par l'intermédiaire de quelqu'un faire intervenir quelqu'un. Non je trouve que ça, ça va.* » (MG3) et peuvent solliciter leurs confrères spécialistes « *pour la prise en charge après je pense qu'il peut tout à fait passer la main au spécialiste par exemple donc il envoie le patient.* » (MG9).

Certains éprouvent au contraire de l'isolement professionnel « *pas plus que dans les autres domaines de la...pas forcément, pas plus que pour les autres domaines d'activités, enfin on fait un boulot où on est seul face au patient, donc isolé on l'est toujours plus ou moins. Pas plus dans ce secteur-là.* » (MG7) et d'autres l'absence de solutions lorsque ce problème est dépisté « *ah beh ça c'est le gros problème : je n'ai pas la réponse hein ! Pourquoi les médicaments ne sont pas pris, problèmes de tolérances, d'imaginations diverses... bon voilà un problème très compliqué moi je n'ai pas la solution hein.* » (MG6).

Ici on peut voir l'opposition qu'il peut exister dans les différentes pratiques de recours au réseau de soins et aux collègues spécialistes d'organes.

G. Freins au dépistage de la non observance thérapeutique.

Les freins mis en évidence par les médecins généralistes sont : le temps « *beh le frein il est malheureusement constant à toutes nos ... (hésitation) toute notre activité : le frein c'est le temps ! (silence) le temps c'est encore prendre encore un petit peu plus de temps dans notre consultation pour heu... donc c'est le frein*

essentiel. (silence) » (MG1), la mauvaise relation entre le médecin et son patient « *la mauvaise connaissance du médecin et du patient... la mauvaise relation entre médecin malade !* » (MG2), la fatigue et la lassitude « *bien sûr, ouais bien sûr aussi. Donc heu la fatigue et le stress donc forcément ben on va, on va toujours à l'essentiel parce qu'on est fatigué et qu'on n'a pas forcément ... pas le temps, pas envie ou on y pense pas parce que voilà on est fatigué effectivement* » (MG4), le libre arbitre du patient « *La part de ... de non maîtrise qu'a le médecin. Je pense que c'est la part qui est laissée au patient, hein. Je pense que le libre arbitre du patient est toujours quelque chose qu'il faut accepter aussi, le mensonge, ce qu'il ne dit pas ...* » (MG12). Il est aussi à noter qu'aucun médecin généraliste n'a évoqué d'outils d'aide au repérage tels que des questionnaires « *je n'ai jamais travaillé sur ce problème-là, donc je ne connais ni de grille ni de, d'outils pour heu... pour heu... gérer l'observance (silence)* » (MG1).

Après une formation spécifique le temps, n'est plus vécu comme une contrainte : « *j'aurais dit encore il y a quelques temps le fait que c'est chronophage, puisqu'on doit vous répondre tout le temps ça, mais heu là vous venez au moment où je viens de faire une formation sur, sur la prise en charge de l'éducation thérapeutique* » (MG10) ; mais les formations sont elles aussi chronophages « *peut-être, peut-être mais c'est vrai que les formations faut en avoir envie déjà, ça vient en plus de votre boulot (rire) enfin la plupart du temps, c'est rarement sur votre temps de travail et plutôt sur votre temps de loisirs hein , donc j'avoue que je suis pas un grand fan de formation comme ça, où il faut passer une journée, ou passer une soirée, j'avoue que je suis pas un grand fan.* » (MG9) avec une certaine lassitude envers les formations, en vieillissant « *mais ça les formations au plus vous arrivez en âge et au plus c'est dur d'y aller (rire). Quand on est jeune on est content d'y aller, quand on arrive à un certain âge c'est fatigant, ça devient dur.* » (MG5).

Le frein clairement identifié est le temps pour tous les médecins sauf pour ceux qui ont reçu une formation continue. Par ailleurs les médecins généralistes ne connaissent pas certains outils mis à leur disposition comme le questionnaire de la CPAM. Ici le problème de la disponibilité pour de nouvelles formations en plus des heures de travail est soulevé.

H. Solutions pour améliorer le dépistage de la non observance thérapeutique.

Les solutions évoquées pour améliorer le dépistage sont : d'avoir une approche systématique de la question : *« beh il faudrait y penser, il faudrait le faire très régulièrement c'est à dire y penser plus que ce que je fais (rire) !!! Il faudrait y penser plus »* (MG3) ; l'utilisation de piluliers *« un autre outil c'est le pilulier. Heu le pilulier avec heu, heu, heu... donc le pilulier tout simple où on voit les médicaments qui ont été préparés : il est pris, il est pris, il est pas pris... après il y a des piluliers un petit peu « mouchards », ça, ça existe aussi. Heu bon c'est un petit peu plus inquisiteur mais pourquoi pas sur des heu... sur des médicaments heu... je vais dire, importants ils le sont tous, mais je prends en particulier »* (MG1) ; la formation continue et universitaire *« euh on n'est pas forcément formés à ça. C'est un peu comme la comptabilité, la gestion, l'informatique : on n'en parle pas, c'est pas une matière à part quoi, la non observance ... puisque ça fait partie de toutes les spécialités : pédiatrie, cardiologie, neurologie, quoi. Fin moi j pense qu'il y a déjà ... fin... une information auprès des étudiants en médecine et pourquoi pas avoir des formations continues qui parlent de ce problème »* (MG11) ; et des formations ciblées courtes *« une formation courte, après sur combien de temps ? Une formation courte sur une soirée, remettre un petit peu, rappeler un petit peu ça et donner des grands axes pour essayer de... Et puis après chacun fait à sa sauce en fonction des patients qu'il rencontre »* (MG7). Par ailleurs réorganiser sa méthode de travail pour avoir plus de temps *« après je pense que c'est aussi un peu à nous de gérer notre temps et de... voilà faire des consultations libres c'est plus à risque d'avoir du monde et de pas avoir le temps, les chroniques les voir plus en rendez-vous, se donner plus de temps »* (MG4) ; des campagnes publicitaires dans le cabinet *« éventuellement toutes les affiches qu'on peut mettre dans les salles d'attentes ça peut nous aider. »* (MG4) ou audiovisuelle *« oui ça je pense que ça, l'information de masse, je pense que le fameux «vu à la télé », je pense que le patient il est très sensible à ça hein »* (MG9).

Les médecins généralistes reconnaissent l'intérêt d'un questionnaire systématique *« pourquoi pas et puis que ça fasse partie d'une consultation euh... fin que ça fasse partie systématiquement de la consultation. Pourquoi pas. Un peu comme le poids, la taille, euh... surtout chez la personne âgée »* (MG11).

Les solutions évoquées par les médecins généralistes sont unanimes pour une meilleure formation mais aussi pour une sensibilisation de la population par des campagnes d'informations.

V. Cas particulier de la visite à domicile.

A. Avantages de la visite à domicile.

Elle permet de visiter les armoires à pharmacie du patient « *c'est plus facile – euh ... en visite à domicile, vérifier leur pharmacie. On peut pas le faire quand ils viennent au cabinet médical.* » (MG7) ; d'évaluer l'hygiène de vie du patient « *quoique, vous me direz, si on arrive au moment du repas, que le patient il a une hypercholestérolémie et puis qu'on le voit avec son assiette de frites et son bifteck qui baigne dans le beurre, oui peut être que ça peut être un élément qui peut* » (MG9) et sa façon de consommer les médicaments « *c'est sûr que à la maison, on voit, à domicile, en situation, on voit où reste rangé le pilulier, on voit comment ils gèrent, comment ils gèrent si c'est... ils prennent dans la boîte au fur et à mesure ; rien que le fait de débiller, l'utilisation des blisters, y en a c'est le bazar, y en a plein partout, y en a qui vont dans l'ordre, y en a qui, chez qui les boîtes sont bien rangées... donc je pense que ça peut donner un indice ;* » (MG7).

B. Limites de la visite à domicile.

Elle est vécue comme une contrainte « *alors je fais peu de visites à domicile. Heu je suis pas trop personnellement pour les visites à domicile sauf effectivement les personnes âgées qui peuvent pas se déplacer ou les bébés enfin voilà quand c'est indispensable...* » (MG4) ; elle ne permet pas un bon examen clinique « *enfin je trouve que c'est pas propice à un examen plus complet la visite, c'est pour ça que je suis pas trop pour en fait.* » (MG4) ; elle est réservée aux pathologies aiguës et ne laisse pas de temps au dépistage de la non observance « *parce qu'en général c'est vrai qu'on fait ça rapidement, on fait ça, on essaie de faire ça bien correctement hein, mais on va vraiment aller dans l'aigu, dans ce qui va pas, heu... et après toutes les questions qu'on peut poser au cabinet comme le dépistage* » (MG4) ; et peu avoir un côté invasif pour le patient « *maintenant je pense dans la visite à domicile, on est chez les gens, on est pas chez soi, on va pas commencer à aller fouiller dans*

les placards etc... Je pense qu'il faut pas non plus être trop invasif » (MG7). Enfin elle est source de nouvelles recommandations de la sécurité sociale « ben dans la visite à domicile, bon vous savez qu'on en faisait beaucoup autrefois moins maintenant parce que la sécu nous demande de faire déplacer les gens. » (MG5).

VI. Les différents intervenants dans l'observance thérapeutique du patient.

A. Relation entre le médecin généraliste et les médecins spécialistes d'organes.

Pour le médecin généraliste le rythme des consultations le place en première ligne face au problème de la non observance par rapport au spécialiste d'organe : *« Nous en tant que médecin généraliste on est amené à les croiser au moins une fois par mois voir plus parfois pour des autres soucis hein que leur pathologie chronique donc oui je pense que c'est nous, médecins généralistes, qui avons la place centrale de toute manière. » (MG4). L'échange avec le collègue spécialiste d'organe n'est pas systématique « heu... (il souffle)... éventuellement dans le courrier suivant, la consultation suivante » (MG6), «non j'ai pas, non, non je ne pense pas le mettre dans mes courriers non. » (MG9), car il a un rôle de conseil sur le traitement mais ne l'initie pas « Donc ils donnent juste un courrier au patient en disant qu'il doit retourner voir le médecin pour la prescription, si vous parlez de médicaments. » (MG10).*

Le médecin généraliste n'apparaît pas isolé dans sa pratique en échangeant avec les collègues spécialistes : *« Si je fais une lettre à un patient, puisque moi en tant que, comme j'ai également le diplôme de cardiologie, j'envoie des lettres aux médecins traitants qui m'adressent. Et quand j'envoie à une spécialité qui n'est pas la mienne, je peux être amené à dire, bon, quand la personne me dit ne pas prendre le traitement, je le marque noir sur blanc. » (MG12) ; pour le solliciter sur la prise en charge « Voilà. Effectivement. On travaille en équipe, donc effectivement j'hésiterais pas à faire appel à un spécialiste. » (MG11), « ça me gêne pas mais voilà j'ai mes limites et donc forcément je vais m'arrêter là où je sais pas, effectivement, et je me fie à son avis » (MG4). Car la responsabilité dans un échec est partagée « Oh j'dirais, euh, la part de responsabilité est partagée. Ça peut être, euh, y'a une part de*

responsabilité du médecin, y'a une part de responsabilité du spécialiste hein, et une part de responsabilité du patient ou de la patiente, effectivement. C'est partagé. » (MG11).

Il est important qu'il n'y ait pas de relation hiérarchique entre les médecins « il n'est pas omniscient donc c'est pour ça qu'il doit s'entourer des avis des uns et des autres mais il n'y a pas de hiérarchie. Ayant, étant beaucoup plus diplômé que beaucoup de spécialistes et ayant suffisamment d'expérience je peux me permettre aussi de ne pas être dépendant hiérarchiquement de quiconque. » (MG12). Le but est l'enrichissement mutuel des pratiques « ça peut éventuellement être bénéfique ça peut aider je crois. Je pense que la pratique des autres aussi, enfin moi je vous dis, toujours en tant que remplaçante, et même en tant que, durant mon internat, voir la pratique de différents spécialistes ça m'a pas mal aidée pour ma propre pratique et je pense que revoir éventuellement avec d'autres c'est toujours bien. » (MG4).

Les médecins généralistes sont désireux d'échanger avec leurs collègues spécialistes d'organes mais le recours à ces derniers pour discuter d'observance peut être freiné par le sentiment de hiérarchisation de leur relation.

B. Les pharmaciens.

Les médecins généralistes doivent travailler en collaboration avec les pharmaciens *« ça commence à, à avancer un p'tit peu heu avec, en collaboration avec le pharmacien (silence) ; le pharmacien qui doit prendre un rôle heu également important heu quant à l'observance, expliquer aux gens heu...donc je pense que c'est vraiment la relation heu médecin généraliste et pharmacien qui doit être importante. » (MG1) car il est celui qui distribue les traitements « (long silence) le pharmacien peut être non ? Le pharmacien qui délivre les médicaments. » (MG5). Il doit participer à l'explication du traitement « Euh ... Moi j'dis que il a aussi effectivement sa place puisque ... surtout avec les génériques, ça c'est important ... euh ... d'expliquer au patient que ça c'est le générique de tel médicament parce qu'on avait eu un souci récemment avec une personne qui prenait du Lasilix et du furosémide, donc on lui avait pas expliqué que furosémide c'était le générique de Lasilix. Donc malheureusement ça s'était quand même mal passé : déshydraté aux urgences quoi. Donc vous voyez, un pharmacien aussi a sa place, effectivement. Surtout actuellement avec les génériques. » (MG11), ainsi qu'à la surveillance du nombre de boîtes distribuées « ça pourrait être utile ! Alors le pharmacien lui, je*

pense, est assez sensibilisé dans l'autre sens où finalement il calcule bien le nombre de boîtes pour pas que les gens en aient trop ; mais c'est vrai qu'il se pose jamais la question de savoir si ils utilisent à bon escient. Donc ça peut être intéressant venant du pharmacien... » (MG8).

L'implication plus importante du pharmacien est souhaitée par tous les médecins généralistes.

C. Les infirmiers.

Ils permettent de dépister une non observance par leur rôle à domicile « *en particulier parce que ce sont les infirmiers, infirmières qui souvent à domicile donnent les médicaments.* » (MG2), notamment lorsqu'il y a dégradation cognitive du patient âgé « *après c'est vrai que ça lance au niveau de l'observance, je dévie un plus par exemple vers tout ce qui est personnes âgées un peu démentes où finalement on se retrouve avec une observance qui peut être très limite, parce que des gens un peu justes, où là, prend toute sa place justement l'infirmière libérale pour venir et dire voilà, qui vient du coup tous les jours et dire voilà y a ça comme médicament à prendre et qui surveille quoi.* » (MG8) ; ou encore par leur présence dans les EPHAD « *L'infirmière dans les EHPAD dans, les maisons de retraites heu je veux dire par exemple la prescription, l'ordonnance préparation/distribution des médicaments est une prescription médicale et heu quand on fait ça, c'est un plus quant au respect de nos prescriptions.* » (MG1). Ceci peut, selon certains médecins, leur conférer un rôle aussi important : « *oui, je dirais que l'on est à parts égales avec une infirmière, si la maladie chronique nécessite une infirmière.* » (MG10).

D. L'entourage non professionnel de santé.

Le médecin généraliste peut aussi faire appel à la collaboration de la famille « *ouais mais ils sont quand même au centre de l'entourage hein souvent, si on voit des pères de famille, des mères de familles... c'est difficile après de sensibiliser l'entourage hormis les enfants, bon c'est des gens un peu plus grands, des enfants qui vont avoir une vingtaine d'années ou de choses comme ça... beh là c'est ce qui se passe avec mon patient diabétique : sa fille qui a vingt-cinq ans, bon il a aussi un problème d'alcool, donc elle le surveille à tous points de vue, donc là c'est vraiment dans la sensibilisation de la famille.* » (MG8) ou de voisins « *ou de voisins d'entourage pour donner les médicaments par exemple, entres autres.* » (MG3).

E. L'observance thérapeutique est affaire de collaboration.

Le médecin généraliste n'est pas seul face au problème de la non observance : *« Ah dans le dépistage de la non observance !!! Ah beh là, là, tous les professionnels de santé doivent se, doivent participer »* (MG2) ; il est le maillon d'une chaîne *« beh si on s'en aperçoit, ben je pense nous après on est qu'un petit maillon, c'est à dire qu'il faut vraiment le faire donner par quelqu'un d'autre quoi, de sûr ! »* (MG3) dont doit faire partie la sécurité sociale *« Mais on est souvent informé par la sécurité sociale. Effectivement, on a des objectifs à atteindre et on profite de ça pour justement ... euh ... en discuter avec le patient, et ... les sensibiliser surtout au niveau prévention et en même temps au niveau observance. Et donc on est aidé par la sécurité sociale. »* (MG11) *« Alors là... Ouais, alors la sensibilisation, c'est plutôt après euh... la discussion euh... donc en particulier avec tout ce qui est délégué, les délégués médicaux, les choses comme ça. Je me demande même si euh... les délégués d'assurance maladie n'en parlent pas aussi. »* (MG8).

Le régime de sécurité sociale doit être plus présent auprès des médecins et des patients pour informer sur la nécessité de l'observance thérapeutique.

VII. Le médecin généraliste, le patient et ses représentations.

A. La relation médecin-patient.

La non observance thérapeutique est avant tout un problème relationnel : *« puis en plus comme c'est quand même un problème relationnel si on est devant l'ordi ça peut être... pas être terrible. »* (MG7). La confiance est un travail de longue haleine *« ah beh le problème de la confiance c'est d'abord du temps, alors du temps de façon heu, la première notion de temps c'est la répétition dans le temps, pour avoir la confiance de quelqu'un on ne l'a pas forcément la première fois, on peut avoir des atomes crochus, des atomes non crochus, ça on sait pas, mais le fait d'avoir un système répété : la confiance se fait à ce moment-là ; donc on rentre dans une forme d'intimité et de confiance qui se fait, donc ça c'est quand même la notion de cette répétition qui est le facteur primordial à ce moment-là... »* (MG12). Le médecin généraliste est obligé de faire confiance au patient : *« mais de toute façon on est*

bien obligé de faire confiance au patient ! Si, si, si... voilà... » (MG6) ; il doit être à l'écoute du patient « On est à l'écoute et pis de là on profite peut-être de certaines ... de certains moments ... euh ... de la consultation. » (MG11) de façon empathique « ça permet aussi de heu, aussi déjà d'avoir des infos sur la maladie que les gens... en fin de compte en posant les questions qui sont pas forcément, qu' on se serait pas attendu et aussi de, d'avoir un retour, non pas d'avoir un retour, comment dire...heu donc du coup l'explication de la maladie et heu, heu... ouais d'avoir des questions du patient et puis un patient informé c'est beaucoup plus facile à soigner ! » (MG8). Mais le médecin ne se pose pas en tant que père « non, non, ça n'a pas été négatif, je ne l'ai pas engueulée, certains patients croient qu'on va les engueuler, je n'ai jamais engueulé un patient. » (MG6) ce qui permet au couple médecin-patient de travailler pour le même but « alors non, non, parce qu'ils se rendent compte finalement qu'on joue tous dans la même équipe. » (MG8).

Mais certains médecins généralistes ont le sentiment que les patients ne sont pas honnêtes « heu pas tous ! Non je pense pas (rire)... je pense pas qu'ils soient tous honnêtes ! » (MG12), ce qui pousse à une absence d'empathie envers les patients « puis ...c'est vrai que j'avoue que... j'avoue que je suis pas particulièrement attentif au ressenti du patient. Bon si il s'exprime, j'écoute, s'il ne s'exprime pas je ne vais pas au-devant de ses questions. » (MG6). Et de l'incompréhension face à leur démarche « celui qui ne veut pas prendre ses traitements que voulez-vous... non j'ai vraiment du mal à comprendre ! » (MG6) car ils ont le sentiment de ne pas être écoutés « ils vous écoutent pas (rire)... je sais pas si vous avez déjà remarqué ça ; ils s'écoutent eux, ils vont jusqu'au bout de leurs idées à eux mais ils n'ont pas envie de vous écouter » (MG5).

La découverte d'une maladie chronique est vécue comme un mariage « je pense que c'est un peu comme un mariage quoi : il faut que les deux sachent qu'ils vont ensemble faire un bout de chemin dans ce sens-là quoi... » (MG5) et le travail du médecin généraliste doit être jugé sur son efficacité « Mais bon c'est ça le but, et au bout du compte le patient va nous juger en théorie... en théorie on espère être jugé sur le résultat final » (MG6) en passant par cette relation qui ne cesse d'évoluer avec l'accès à l'information par internet : « Parce que maintenant on peut plus... autrefois les gens ils faisaient entièrement confiance à leur médecin, ils prenaient ... maintenant ils vont sur internet, ils cherchent, ils remettent tout en doute, « et qu'est-

ce qu'il m'a dit ? », etc... donc ils mettent tout en doute si bien que ils sont pas toujours sûrs » (MG5).

Tous les médecins généralistes ont conscience que la relation avec le patient est la clé de la réussite, mais l'approche du patient varie en fonction du vécu du médecin : il verra le patient comme un allié avec lequel la relation est équilibrée ou comme un menteur qu'il faut piéger pour pouvoir obtenir des informations.

B. Responsabilité face à la non observance thérapeutique.

Le couple médecin malade est le plus souvent cité comme responsable : *« c'est je dirais un peu de les deux hein, parce que j'allais dire c'est comme on signe, autrefois on ne signait pas les papiers médecin traitant, maintenant on signe les papiers médecin traitant, donc le fait de vivre ensemble une pathologie » (MG5).* Certains médecins généralistes estiment le patient responsable, s'ils jugent que les informations ont été correctement données, en cas de non observance *« enfin parce que je vous avoue que j'explique systématiquement les risques de la non observance et parfois de plus en plus crument parfois, pour certains cas, heu... en disant qu'il y a un risque de décès, un risque de mort et que voilà... je dis pas tout de suite hein, bien sûr, mais quand je vois qu'un patient n'est pas observant, je pense qu'y a un moment où faut qu'il soit conscient des risques qu'il prend, donc non, quand j'ai été clair et que j'ai bien informé le patient je m'incrimine pas » (MG4).*

Par ailleurs le patient est aujourd'hui suffisamment informé par le médecin et les médias : *« bon écoutez est ce qu'il faut vraiment au bout du compte ? est-ce que le patient n'a pas suffisamment d'informations par la presse, la radio, n'importe quoi ? Par nous aussi, sur la nécessité de ... de se traiter quand on se, quand on prescrit un traitement, un médicament. ». Il est maître de son corps : « il est maître de son corps et de sa santé et non je pense qu'il est capable de décider heu... voilà... » (MG6).*

Du fait d'aborder la relation avec le patient de façon duelle, on retrouve deux types d'approche de la responsabilité : celle du couple médecin-patient et celle du patient informé, responsable de ses actes.

C. Le patient et l'observance.

Pour certains médecins généralistes il existe des patients plus à risque d'être non observants du fait du caractère asymptomatique de leur pathologie chronique

« *puisque' un diabète c'est plutôt silencieux, ils se rendent pas compte ; pour eux ça fait pas mal, ils sont moins observants on va dire.* » (MG4).

Par ailleurs il existe des patients culturellement non observants « *oui, oui, oui, y en a certains c'est leur culture d'être inobservants* » (MG8) qui ne comprennent pas l'intérêt d'être observant « *ah beh oui ça hé (sourire)... y a des patients qui comprennent jamais hein ça c'est sûr !* » (MG2), notamment en lien avec le milieu social « *oui... malgré tout oui ce qui n'est pas très bien mais... quand même.* » (MG3), ce qui fait qu'un patient non observant l'est toute l'année « *après celui qui a des problèmes d'observance, il les a toute l'année, ça devient une habitude !* » (MG8). Les jeunes actifs notamment sont un problème « *Mais est ce que la personne malade chronique au point d'être dépendante, est ce que c'est elle le public privilégié de la non observance ? J'aurais tendance à dire un public plus jeune, plus actif ou qui relève pas forcément....* » (MG8), ou encore les patients dans le déni « *ceux qui n'acceptent pas d'être malade ; y en a qui n'acceptent pas aussi bizarre que ça arrive...* » (MG5).

Pour d'autres, la démarche de renouveler le traitement est une forme d'observance : « *Bon en général si il vient chercher son traitement c'est qu'il a, qu'il l'a pris au moins fort partiellement, ou qu'il a tout pris ; alors après la boîte de vingt-huit, elle est peut être passée sur trente-cinq jours mais heu...* » (MG8) ; et si un patient a compris l'intérêt du traitement, il en parle autour de lui « *si le patient est observant et qu'il a compris le principe du traitement médicamenteux et de sa prise en charge au quotidien et si il adhère à cette prise en charge, il pourra mieux en parler à d'autres patients, surtout si il peut bénéficier d'ateliers.* » (MG10).

Pour les médecins généralistes il existe des patients plus à risque d'être non observants, notamment par le caractère de leur maladie chronique, du milieu social ou professionnel. Mais une démarche de consultation régulière peut déjà être perçue comme de l'observance avec un profit pour l'entourage.

D. Les médecins généralistes et les représentations de leurs activités face à la non observance thérapeutique.

Le médecin généraliste est en guerre contre la non observance thérapeutique « *la première ligne, le front !* » (MG10) car rendre le patient observant est une bataille « *Alors on essaie de se battre pour leur faire comprendre la nécessité de leur traitement régulier. Mais bon c'est un défi hein* » (MG6).

Le médecin généraliste aime être au centre de la prise en charge « *Après par définition c'est vrai que j'aime bien être au courant de tout et puis être dedans même si j'oublie beaucoup d'infos après (rires) ; j'aime bien ma petite place centrale du système !* » (MG8), même si certains pensent que c'est une activité solitaire « *enfin on fait un boulot où on est seul face au patient, donc isolé on l'est toujours plus ou moins.* » (MG7) et que leur statut dévalué est à l'origine du défaut d'observance : « *il est encore ... je pense que le statut social du médecin s'est considérablement abaissé. Il est actuellement un cadre moyen au niveau financier. Heu ... dans le circuit d'organisation de soins, le système libéral est devenu assez dévalorisé par rapport au système hospitalier. Et donc la valeur du médecin et du médecin généraliste ou médecin traitant s'est dévalorisée au fur et à mesure. Mais ça c'est mon expérience personnelle de 40 ans.* » (MG12).

Il considère que la découverte de la non observance fait partie de la relation médecin-patient : « *Heu ... Non je pense que faut être assez, faut avoir un certain détachement. Je pense qu'il ne faut pas trop s'investir non plus. Ça fait partie de la vie, de la relation patient-médecin.* » (MG12). Mais une situation d'échec peut lui permettre d'être plus vigilant « *Effectivement, forcément, on est choqué. Effectivement. Et ... euh ... avec les années, on fait beaucoup plus... avec l'expérience et les années, on fait quand même beaucoup plus attention, effectivement. Je suis d'accord avec vous. Ce serait pas en début d'installation, mais plutôt... enfin... plutôt avec les années, effectivement, qu'on en prend compte, qu'on prend compte de ce problème-là.* » (MG11), ou d'être gagné par la lassitude à rendre certains patients observants : « *oui mais c'est, après on essaie de, on en parle une fois, deux fois, trois fois, on essaie d'aborder les choses par différents angles et puis à chaque fois ça va dans le mur, ça va dans le mur, après y a peut-être un petit, un laisser-aller à dire bon ben... parfois...* » (MG2).

Les médecins généralistes aiment être au centre du réseau de soin médical. Ils voient leur activité comme une bataille. Ils regrettent la dévaluation de leur statut qui est pour eux un facteur de non observance thérapeutique. Ceci influe sur leur relation avec le patient qui peut même, en cas de remise en question, être à l'origine de lassitude.

DISCUSSION

I. Atteinte des objectifs

Cette étude a permis d'atteindre les objectifs que nous nous étions fixés au début.

Nous avons pu mettre en évidence quelles étaient les représentations qu'avaient les médecins généralistes des maladies chroniques ainsi que leurs définitions de l'observance thérapeutique et de la non observance thérapeutique.

Cette étude a permis de montrer quels étaient les problèmes rencontrés par les médecins généralistes pour maintenir leurs patients observants et dépister la non observance au travers du prisme des conflits de la relation médecin-patient.

Enfin les attentes des médecins généralistes ont pu être mises en perspective afin d'améliorer leur pratique et l'observance thérapeutique de leurs patients.

II. Discussion de la méthode de recherche

A. Choix d'une étude qualitative

La recherche qualitative a pour but d'analyser et d'expliquer des phénomènes sociaux visibles ou cachés. Notre objectif était d'explorer des représentations et de comprendre des phénomènes dans leur milieu naturel. La méthode par étude qualitative était donc la plus adaptée à cette étude (11, 12). Par ailleurs, aucune étude qualitative sur le point de vue des médecins généralistes concernant l'observance n'avait été réalisée jusqu'à présent.

La recherche qualitative permet d'étudier des problématiques posées dans la pratique quotidienne des médecins comme la part de relation à l'autre, de leurs ressentis et expériences personnelles ou de l'influence des facteurs environnementaux (20). Dans ce type d'étude, la faible taille de l'échantillon ne peut pas être représentative de la population des médecins généralistes.

B. Choix de l'entretien semi dirigé individuel

Les entretiens semi dirigés permettent, à partir d'un cadre de questions larges et ouvertes, d'orienter l'interviewé sur les thèmes que l'on veut aborder tout en lui laissant la possibilité de s'exprimer librement (14, 15). Une fois le canevas d'entretien réalisé (annexe1), ils permettent de suivre la même démarche lors de toutes les interviews et de rendre les données recueillies plus faciles à analyser.

Par ailleurs la méthode de recueil des données par focus groupe a été écartée, au bénéfice des entretiens individuels, pour ne pas limiter l'expression de chaque individu, laquelle aurait pu être freinée par la confrontation des différents points de vue des participants (11, 13).

C. Limites de l'étude

Le recrutement des médecins généralistes a été réalisé au hasard de l'annuaire professionnel des pages jaunes pour diminuer le biais de sélection. Le recrutement s'est fait sur 3 zones géographiques de la région Nord-Pas-de-Calais pour recueillir le ressenti des médecins généralistes sur des zones d'exercice différentes : le Calaisais, la métropole lilloise et le Hainaut.

Le recueil des données a été réalisé au cabinet des médecins pendant les plages de consultations ou de rendez-vous, sauf un qui a été réalisé au domicile du médecin (le plus long des entretiens). Bien que les médecins aient été informés de la durée, ces entretiens ont été l'objet d'interruptions multiples (téléphones, patients) ou ont souffert d'un manque de temps lié à la pression que représentait l'obligation de reprise des consultations ou des rendez-vous.

Par ailleurs des biais liés au chercheur lui-même ont pu influencer le recueil des données : telle l'absence de formation initiale à l'interview et donc sa capacité à savoir réaliser un entretien, ou le fait d'être un « confrère », ce qui pouvait donner le sentiment à l'interviewé d'être jugé et donc l'inciter à répondre ce qu'il « devrait » faire au lieu de ce qu'il « fait » réellement.

Un autre élément ayant pu influencer les discours ou être source de blocage est lié à la méthode par entretiens semi dirigés enregistrés, c'est-à-dire la présence d'un magnétophone. Poser l'appareil sur la table lors de la rencontre pour qu'il se fasse oublier a permis de minimiser ce phénomène.

Enfin l'analyse des données comportait des biais d'interprétation inhérents au chercheur et à sa lecture des données. Ces biais ont été réduits au maximum pour retranscrire le plus fidèlement possible la pensée des participants à cette étude. Cela a été fait par le codage ouvert des verbatim et la triangulation par un second chercheur pour chaque codage ouvert des verbatim.

III. Discussion des résultats

A. Problématique de la relation médecin -patient.

La relation médecin-patient conditionne l'observance d'un patient à son traitement via son adhésion au discours médical. Cette relation peut prendre différents aspects (22) en fonction de l'âge du médecin et des préceptes enseignés lors de sa formation médicale initiale.

Cette relation longtemps dominée par la toute-puissance du médecin imposant son savoir à un patient ignorant et donc obéissant a été complètement remise en question par la loi du 4 mars 2002 du système de santé avec l'article L. 1111-4.

Une étude qualitative sur la qualité de la relation médecin-patient (23) a mis en évidence les éléments nécessaires à une relation médecin-patient efficace, mais aussi les critères problématiques plus spécifiques aux médecins à l'origine d'incompréhensions. Ceux-ci pouvaient donner l'impression au médecin généraliste d'un manque d'honnêteté dans leur relation avec le patient et ainsi de représenter seulement un moyen pour ce dernier.

Notre étude valide cette perception que peut avoir le médecin généraliste du patient et des obligations qui lui sont imposées pour maintenir une relation égalitaire et asymétrique (22). Ceci est à l'origine de frustrations émotionnelles et professionnelles. Elles sont mises en avant dans les différentes façons d'appréhender la responsabilité de l'échec de l'observance aux traitements.

B. Problématique de la formation.

Comme le souligne la conférence de consensus de Toronto de 1991 (24), un comportement adapté des médecins envers leur patient permet un meilleur échange et améliore significativement l'observance et le devenir de la santé du patient. Cette

conférence de consensus affirme que les étudiants en médecine doivent être formés à la relation médecin-patient et que cette formation doit être poursuivie en FMC.

L'observance thérapeutique et l'éducation thérapeutique du patient (ETP) ont des frontières communes (25) : l'ETP conditionne l'observance thérapeutique. Depuis la loi Hôpital Patients Santé Territoire du 21 juillet 2009, elle a un cadre légal. Ainsi l'académie nationale de médecine a adopté des propositions (26) pour développer l'ETP dans le cadre de la formation médicale initiale et des formations médicales continues.

Cette stratégie est validée par une méta-analyse de 2009 (27). En effet l'observance des patients est améliorée de plus de 60 % quand leur médecin a suivi une formation spécifique.

Ainsi, il est défini 4 dimensions de la formation médicale pour le traitement des maladies de longue durée (28) : la médecine biologique (les maladies), la psychologie (compréhension de la relation clinique soignant-soigné), la pédagogie thérapeutique et l'accompagnement du patient et de sa famille.

Notre étude a mis en évidence l'absence de formation médicale initiale à la relation médecin patient, ainsi qu'à la sensibilisation à l'observance. Seuls deux médecins généralistes y ont été formés au cours d'une FMC. Notre étude a montré que le praticien est confronté brutalement, lorsqu'il débute sa pratique, à la relation médecin-patient, parfois par des échecs, et que sa réponse est souvent dictée par des affects personnels.

C. Problématique de la coopération des soignants dans l'observance thérapeutique.

Dans le dictionnaire médicale 2014 de l'académie de médecine, un réseau de prise en charge est une organisation de réseau pluridisciplinaire permettant la coordination des soins, une bonne observance et l'éducation des patients au cours du traitement d'une maladie aiguë ou chronique. Le manque de coordination entre ces différents acteurs de soins représente un obstacle majeur à la bonne observance (29).

Une étude sur l'incompréhension de l'alliance entre médecins généralistes et diabétologues sur la prise en charge du diabète de type 2 (30) mettait en évidence notamment que, pour le médecin généraliste, le diabète de type 2 représentait une

partie importante de son activité et qu'il existait la peur de perdre son patient ; bien que le médecin généraliste soit persuadé de la nécessité de communiquer il voyait le diabétologue comme un concurrent. Notre étude met en effet en relief le manque de communication directe entre médecin spécialiste et médecin généraliste, la crainte d'une hiérarchisation de la relation médecin spécialiste-médecin généraliste au profit du médecin spécialiste d'organe et ainsi la crainte de perdre le rôle centrale que lui confère le système de soin (code de la santé publique article L 4130-1).

Par ailleurs une revue systématique de la littérature sur la coopération entre médecins généralistes et pharmaciens (31) montre que l'implication du pharmacien, notamment dans la gestion des patients à maladies cardiovasculaires, permet une amélioration des problèmes liés à la prescription et donc à l'observance. Cette capacité du pharmacien à pouvoir s'impliquer dans la santé du patient est mise en avant par les médecins généralistes interrogés dans cette étude même si aucun d'entre eux ne parle de « pharmacien correspondant » comme il est possible de le faire en accord avec un patient depuis la loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21juillet 2009.

Il en va de même pour les autres acteurs de la santé, dont les infirmières, qui sont sollicitées par les médecins généralistes pour la surveillance de la prise des traitements chez la personne âgée dépendante ou atteinte de troubles cognitifs.

Ainsi malgré les différentes recommandations pour un travail en collaboration, la pratique médicale semble se faire en dehors de toute concertation et de façon isolée au cas par cas par les médecins généralistes.

D. Problématique de l'éthique dans le dépistage de la non observance thérapeutique.

Le dépistage de la non observance soulève des problèmes d'ordre éthique car sa quantification peut porter atteinte à l'autonomie des patients. En effet, jusqu'où le praticien peut-il intervenir et interférer dans la vie de son patient pour dépister une non observance ? Cette ingérence, qui s'appuie sur le principe de bienfaisance d'Hippocrate et l'Evidence-based Medicine (EBM), serait alors en infraction avec le principe d'autonomie du patient établi légalement par la loi du 4 mars 2002 avec l'article L 1111-4.

Le phénomène de non observance est alors perçu comme la contradiction entre l'EBM et l'ETP qui fait profiter le patient de cette EBM, et l'autonomie du patient qui peut légalement refuser le traitement proposé (32). Le rôle du médecin est d'évaluer l'autonomie du patient qui peut prendre plusieurs formes en fonction de sa personnalité afin d'établir la relation thérapeutique la plus adaptée à la réussite des objectifs thérapeutiques (32).

Notre étude montre l'attachement du médecin à la liberté de son patient mais aussi sa capacité à ne pas hésiter à recourir à des moyens de contrôle de cette observance lorsque les capacités physiques ou intellectuelles de celui-ci sont altérées. Cette complexité de la relation médecin-patient est caractérisée dans cette étude par la vision qu'ont les médecins généralistes de la visite à domicile pour dépister une non observance thérapeutique.

E. Problématique des freins au dépistage de la non observance et les solutions avancées par les médecins généralistes pour l'améliorer.

Une thèse d'exercice (33) publiée par la SFMG, a mis en avant la possibilité de dépister la non observance par un questionnaire conçu grâce à une revue de la littérature et au choix des questions les plus pertinentes retenues par les médecins généralistes pour ce dépistage. Il existe par ailleurs un questionnaire de dépistage sur le site AMELI en 6 items. Notre étude montre que les médecins généralistes jugent utile l'utilisation de questionnaires lors de la consultation, mais le manque de formation et d'information ne leur permet pas de connaître ces outils.

Comme le montre une revue de la littérature (34), il existe plusieurs déterminants de l'observance comme la maladie (chronique, asymptomatique), le traitement (efficacité, complexité), le patient (âge, la situation socioprofessionnelle, ses croyances), l'entourage (isolement ou pas), le médecin (qualité de la relation avec le malade), le système de soins (absence de coordination).

Cette revue de la littérature met aussi en avant les éléments pouvant aider à l'améliorer comme la simplification du programme thérapeutique (ordonnance), l'information, l'éducation et le suivi du patient, le renforcement de la relation médecin-malade et le système de soins (rôle de coordinateur du médecin généraliste).

Certains des éléments cités dans cette revue de la littérature ont été identifiés tels des freins par les médecins généralistes avec le temps et le patient comme limites principales.

Notre étude a permis de montrer que les médecins généralistes étaient conscients de la nécessité d'améliorer leur relation avec leurs patients. Ils recommandaient aussi la réalisation de campagnes publicitaires à large diffusion via la télévision, mais ne soulevaient pas l'intérêt d'impliquer les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication dans l'aide à l'observance. Cependant, ils déploraient l'utilisation croissante d'internet comme pouvant être source d'entrave à leur discours. Enfin les médecins généralistes exprimaient le besoin des formations médicales continues pour améliorer leurs connaissances.

CONCLUSION

Cette étude a permis de faire un état des lieux de la relation qu'entretiennent les médecins généralistes libéraux avec l'observance thérapeutique.

Elle a montré que les médecins généralistes avaient une bonne connaissance médicale scientifique de ce qu'est une maladie chronique.

Ils avaient conscience de la place centrale qui était la leur dans le système de santé français et que l'observance thérapeutique n'était pas un phénomène unidirectionnel du médecin vers le patient, mais la réussite d'une bonne relation entre eux, basée sur la réciprocité.

Ils avaient aussi conscience des problèmes et des limites éthiques que posait la recherche de l'observance thérapeutique.

Cependant les limites de leurs actions dans la recherche de l'observance thérapeutique étaient marquées par une absence de formation médicale initiale et continue.

Cette étude montrait également à quel point il est important d'impliquer l'apprentissage de la relation médecin-patient dans la formation médicale initiale.

Elle faisait aussi l'état des lieux de la vision qu'ont les médecins généralistes du couple médecin-patient déséquilibré par le manque d'implication du patient par rapport à la volonté de bienfaisance du médecin généraliste. Elle montrait aussi l'absence d'existence de réseaux coordonnés de soins qui permettraient, d'après les médecins généralistes, une meilleure vigilance face à la non observance thérapeutique.

Un nouvel état des lieux pourra être réalisé afin de voir l'évolution de la pratique médicale face à la problématique de l'observance thérapeutique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Benoit M., Pon J., Zimmermann M.A. Comment évaluer la qualité de l'observance ? L'encéphale. 2009 ; supplément 3:87-90.
2. Cramer J.A., Roy A., Burell A., et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions Value Health. 2008 ; 11:44-44.
3. Le Bot M. Dossier observance. Revue du Praticien de Medecine Générale. 1999 ; 13:1335-1348.
4. World Health Organization: Adhérence to long term thérapies, time for action. Genève; WHO: 2003. 211 pages.
5. Cramer J.A. A systématique review of adherence with medications for diabetes. Diabetes Care 2004 ; 27 : 1218-1224.
6. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. Évaluation de l'observance du traitement anti-hypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé. Presse Med. 2001;30:1044-8.
7. Misdrahi D., Llorca P.M., Lancon C., Bayle F.J. L'observance dans la schizophrénie : facteurs prédictifs, voies de recherches, implications thérapeutiques. Encéphale 2002 ; 28 : 266-272.
8. Alvin P. L'adolescent et l'observance au traitement. Journal de Pédiatrie et de Puériculture 2000 ; 13 : 225-229.
9. Leger S., Bedouch B., Allenet J., Calop J. Culture pharmaceutique, perception du traitement médicamenteux et difficultés de consommation des médicaments chez le sujet âgé. Journal of clinical Pharmacology 2001 ; 20 : 110-113.
10. World Health Organization : Principes généraux de bonnes pratiques pour les soins chroniques ; WHO: 2004.
11. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;9(84):142-145.
12. Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. BMJ. 1995 Jul 1;311(6996):42-45.
13. Pope C, Mays N. Chapter 1: Qualitative Methods in Health Research. In: Pope C, Mays N, editors. Qualitative Research in Health Care. 3rd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2006. p. 1-11.

14. Blanchet A., Gottman A. L'enquête et ses méthodes - L'entretien. 2ème éd. Paris: Armand Colin; 2010.
15. Britten N. Chapter 2: Qualitative Interviews. In: Pope C, Mays N, editors. Qualitative research in Health Care. 3rd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2006. p. 12-20.
16. Kaufman JC. L'enquête et ses méthodes - L'entretien compréhensif. 3ème éd. Paris: Armand Colin; 2011.
17. Nvivo 10 - Getting started - User Guide. QSR International; 2013. En ligne : <http://download.qsrinternational.com/Document/NVivo10/NVivo10-Getting-Started-Guide.pdf>
18. Bazeley P, Jackson K. Qualitative data analysis with Nvivo. 2nd ed. London: Sage Publications Ltd; 2013.
19. Pope C, Ziebland S, Mays N. Chapter 7: Analysing Qualitative Data. In: Pope C, Mays N, editors. Qualitative Research in Health Care. 3rd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2006. p. 63-81.
20. Jaye C. Doing qualitative research in general practice: methodological utility and engagement. Fam Pract. 2002 Oct;19(5):557-562.
21. Barbour RS. The role of qualitative research in broadening the "evidence base" for clinical practice. J Eval Clin Pract. 2000 May;6(2):155-163.
22. Grimaldi A. L'observance : le défi de la maladie chronique. La revue de médecine interne. 2009 ; 30:1-2.
23. Moreau A., Dedienne M-C., Hauzanneau P., Labarère J., Terra J-L. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. La revue du praticien de médecine générale. 2004 ; 18 ; 674/675:1495-1498.
24. Simpson M., Buckman R., Stewart M., et al. Doctor-patient communication : the Toronto consensus statement. British Medical Journal. 1991 ; 303:1385-1387.
25. Dahan R., Dahan A. La compliance : mesure d'adhérence au traitement et au suivi thérapeutique. Thérapie. 1985 ; 40:17-23.
26. Académie nationale de médecine. L'éducation thérapeutique du patient, une pièce maitresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine, 2014 ; 15-18. <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/01/jaffiolRapport-ETP-vot%C3%A9-10-XII-13-3.pdf>
27. Zolnieriek K.B., DiMatteo M.R. Physician communication and patient adherence to treatment : a meta-analysis. Medical Care. 2009 ; 47:826-834.
28. Assal J.P. Traitement des maladies de longue durée : du passage de l'aigu au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, une autre prise en charge. EMC - Endocrinologie-Nutrition. 2012 ; 9(3):1-7.

29. Cutter D.M., Everett W. Thinking outside the pillbox. Medication adherence as a priority for health care reform. *New England Journal of Medicine*. 2010 ; 362:1553-1555.
30. Le Pautremat V., Bihan H., Cahen-Varsaux J., Deburge A., et al. Réflexions sur la prise en charge du diabète de type 2 : les incompréhensions de l'alliance médecins généralistes-diabétologues. *Médecine des maladies Métaboliques*. 2011 ; 6(5):613-618.
31. Michaux P., et al. Coopération entre médecins généralistes et pharmaciens : une revue systématique de la littérature. *Santé Publique*. 2013 ; 3(25):331-341.
32. Reach G. Autonomie du patient et relation médecin-patient. *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2013 ; 4(7):317-323.
33. ANANDAMANO HARAN Janini. Observance et médecine générale: peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques ?, Thèse d'exercice en médecine générale, UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES, 2012, p 88.
34. Desbrus-Qochih A., Cathébras P. Obéir ou adhérer ? l'observance thérapeutique en question, 2012; 4(3-4):111-122.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Dans un rapport récent consacré à la non-observance thérapeutique dans les maladies chroniques, l'Organisation Mondiale de la Santé déclare que résoudre ce problème pourrait être plus efficace que n'importe quel progrès médical. De nombreux travaux ont été menés dans différentes spécialités pour dépister l'inobservance à un traitement particulier pour une pathologie donnée et notamment et essentiellement d'un point de vue du patient afin d'établir des outils de dépistages. Cependant le rôle du médecin généraliste et son point de vue n'ont été que peu explorés. Qu'en est-il, alors que leur position est centrale en tant qu'acteur de la relation patient-système de santé ?

Mon travail s'intéresse à l'approche, de façon globale, que vous avez du problème de l'observance thérapeutique.

- Question « brise-glace » : qu'est-ce que pour vous un patient atteint de maladies chroniques ? Quelles idées avez-vous de la prise en charge des patients atteints de maladie chronique ? qu'est-ce que pour vous un patient non observant ? Avez-vous déjà étendu parlez du problème de l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques ? Si oui avez-vous été sensibilisé à l'importance du phénomène d'inobservance ? (Durant vos études ? durant vos FMC ? par un autre intervenant du secteur de la santé ?)

1. Question Représentation du rôle du médecin généraliste

A votre avis quelle est la place du médecin généraliste face à cette problématique de la non-observance ?

Possibilités de relance :

- en termes de dépistage ? (Est-ce le rôle du médecin généraliste ? d'un médecin spécialiste d'organe ? d'un autre professionnel de santé ? des pouvoirs publics ?)
- en termes de prise en charge ? (Écouté, accompagné, adressé à des correspondants, informé sur les risques à court/moyen/long termes)
- quelle est la place de l'éducation thérapeutique dans l'adhésion au traitement ?

2. Question Sensibilisation

A votre avis, quelles sont les conséquences de la non-observance thérapeutique ?

Possibilités de relance :

- en terme d'efficacité : cliniques ? biologiques ?

- en terme de complications : la complication aigue d'une maladie chronique fait elle office de situation de dépistage ?
- en terme de santé publique et socio-économique ?

3. Question Savoir faire

Dans quelles circonstances abordez-vous le sujet de la non-observance thérapeutique dans vos consultations ?

Possibilités de relance :

- devant quels tableaux cliniques/ou motifs de consultations ?
- avec un type de patients que vous estimez <<plus à risque>> ?
- à quel moment de la consultation ?
- de quel manière ? (Questions assez générale (comment ça se passe avec le traitement ?) question directe (prenez vous votre traitement ?) questionnaire CPAM mis à la disposition pour les professionnels de santé, consultation dédiée)
- si vous dépistez une non observance dans le domaine d'un spécialiste échangez-vous avec lui pour lui en faire part?
- à quelle fréquence ? En systématique ?
- quelle est la place de la visite à domicile dans le dépistage ?

4. Question Freins

A contrario qu'est-ce qui peut constituer un frein au dépistage de la non-observance thérapeutique en consultation ?

Possibilités de relance :

- difficulté à gérer la consultation elle-même (manque de temps ? niveau social des patients ?)
- difficulté d'affect personnel (fatigue ? frustration/travail fastidieux ?)
- mauvaises expériences antérieure (ça ne sert à rien)
- difficulté dans la prise en charge à proposer ensuite (isolé ? en collaboration avec le spécialiste concerné ? en lien avec un acteur sociale ?)
- lié aux patients ? un patient convaincu par l'intérêt de l'observance peut-il être un moteur pour d'autres patients ?

5. Question Emotion

Vous souvenez-vous d'une situation de non-observance particulière chez un patient que vous pensiez bien à l'écoute et réceptif à votre discours ? Quel a été votre ressenti devant la découverte de ce problème ?

Possibilités de relance :

- négatif (surprise ? mise en difficulté ? déception ?)
- positif (refondation de la relation médecin/patient ? amélioration de la prise en charge et de l'état clinique du patient ? satisfaction de l'avoir dépisté ?)
- que ressentez-vous de façon général dans ces situations (c'est de ma faute ? c'est de la faute du patient ?)
- y prêtez-vous plus d'attention maintenant qu'en début de carrière ?

6. Question Besoins

D'après vous qu'est-ce qui vous permettrait d'améliorer votre manière de dépister ?

Possibilités de relance :

- formations ciblées ?
- plus d'outils ?
- échanges avec des pairs (groupes de paroles de professionnels/de pairs ?)
- campagnes publicitaires ?

7. Question ouverte

Y a-t-il un élément concernant l'observance thérapeutique que vous voudriez aborder auquel je n'ai pas pensé ?

Annexe 2 : Questionnaire descriptif

QUESTIONNAIRE DESCRIPTIF

Caractéristiques des participants

1. Vous êtes un homme ☐ une femme ☐
2. Vous avez entre

20-30 ans	☐
30-40 ans	☐
40-50 ans	☐
50-60 ans	☐
60-70 ans	☐
3. Depuis combien d'année exercez-vous ?

1-9 ans	☐
10-19 ans	☐
20-29ans	☐
> 30 ans	☐
4. Vous recevez en consultation

< 15 patients / jour	☐
15-25 patients / jour	☐
25-30 patients / jour	☐
> 30 patients / jour	☐
5. Vous exercez en milieu urbain ☐
en milieu semi-rural ☐
en milieu rural ☐
6. Dans quelle ville avez-vous réalisé vos études/votre internat ?
7. Avez-vous déjà suivi une formation spécifique sur le sujet de l'observance thérapeutique?
Si oui par quel biais ?
8. Etes-vous installé ?

Annexe 3 : Les entretiens

ENTRETIEN NUMERO 1

- Jean-Raymond ODABACHIAN (JRO) : est-ce que vous-avez déjà heu...

- Médecin généraliste 1 (MG1) : *je n'ai jamais travaillé sur ce problème-là, donc je ne connais pas ni de grilles ni de, d'outils pour heu, pour heu, gérer l'observance silence. C'est vrai quand on voit, quand on est confronté à nos taux d'INR par exemple qui est un outil de surveillance de la prise de PREVISCAN® ou d'autres AVK, on est quand même stupéfait de heu ... du nombre de fois qui a de heu heu heu ... le médicament pas pris, oublié, etc. quoi. Ce matin je reviens d'une dame qui avait une décompensation cardiaque euh... en fait elle n'avait tout bêtement pas pris son diurétique depuis 15 jours, parce que elle avait mal son genou et que ça l'obligeait d'aller aux toilettes et puis donc d'elle-même pas pris son diurétique, donc hospitalisation, 8 jours en cardiologie, coûts ... coûts de santé heu important pour un problème d'observance...donc ça on y est confronté quand même de façon heu quotidienne on va dire...*

- JRO : et selon vous (hésitation) dans cette problématique quelle est la place heu, quelle est la place du médecin généraliste (silence) dans la non-observance thérapeutique ?

- MG1 : *alors plus exactement dans l'observance thérapeutique (rire)...plus exactement dans l'observance (sourire)... Ah je pense que notre rôle est, est, est, majeur parce que c'est quand même nous qui prescrivons les médicaments heu heu par rapport à, au spécialiste d'organe qui heu qui met trois lignes à la fin de sa lettre avec le traitement « je propose ceci cela », je pense que le rôle du médecin généraliste est plus de, de, de, de vendre ! son traitement, de l'expliquer, de comme ça...donc il a un rôle important, il a un rôle important et il devrait l'avoir, ça*

commence à, à avancer un p'tit peu heu avec, en collaboration avec le pharmacien (silence) le pharmacien qui doit prendre un rôle heu également important heu quant à l'observance, expliquer aux gens heu...donc je pense que c'est vraiment la relation heu médecin généraliste et pharmacien qui doit être importante. Après j'y mettrai également un troisième intervenant, heu je pense en particulier aux personnes âgées, c'est heu l'infirmière. L'infirmière dans les EHPAD dans, les maisons de retraites heu je veux dire par exemple la prescription, l'ordonnance préparation/distribution des médicaments est une prescription médicale et heu quand on fait ça c'est un plus quant au respect de nos prescription.

- JRO : d'accord (silence) et selon vous dans votre patientelle à vous quel serait le degré de non-observance ? (long silence)

- MG1 : après il y a, il y a, il y a une gradation dans la non observance : y a le médicament oublié par accident, y a le médicament non pris volontairement, y a le médicament heu pris par excès, heu ça peut arriver aussi hein, heu... donc si on prend tout, tout divergence concernant la prescription initiale c'est quand même beaucoup et je dirais heu je dirais presque les trois quart de nos ordonnances où il y a heu une divergence heu sur la prise du médicament.

- JRO : et donc en termes de répercussion sur la santé de vos patients ?

- MG1 : alors difficilement évaluable c'est sûr. Heu le, j'ai pris l'exemple tout à l'heure du PREVISCAN© enfin, de de l'AVK où heu on surveille les patients non-observant heu heu donc on va le voir sur heu sur la, sur le taux d'INR. Les diurétique hein j'en ai pris l'exemple tout à l'heure. Heu mais je vais dire chaque classe thérapeutique a, a ,a son défaut d'observance hein, on va prendre heu... les antibiotiques beh pour peu qu'il y ait une nausée , pour peu qu'il y ait une diarrhée hop on prend pas... c'est une prescription pédiatrique heu 3 doses, la dose du midi : le gosse est chez la nourrisse beh la dose du midi n'est pas données heu...prescription d'hypnotique ben là on est à heu plus de 70 ans à un demi

comprimé d'hypnotique le soir, ben non c'est un comprimé qui est pris... des divergences d'observance dont là heu... alors la répercussion heu moi je pense qu'il y a quand même une, un risque heu de iatrogénie accrue lié a ça pour toutes les classes médicamenteuse quoi. Alors la quantifier, ça c'est difficile... (silence)

- JRO : est-ce que heu vous abordez heu ce sujet, dans quelle circonstance lors de vos consultations ? (silence)

- MG1 : *alors de façon systématique heu je ne l'aborde pas heu de façon heu systématique, j'essaie de l'aborder sur heu dans les maladies chroniques : en particulier diabète et asthme où je pense que heu l'éducation thérapeutique heu fait partie vraiment intégrante de notre prescription hein, et dans l'éducation thérapeutique forcément y a un volet sur heu l'observance thérapeutique.*

- JRO : est-ce... donc...hum, y a pas de fréquence, et pas de façon systématique...

- MG1 : *pas de systématique et donc je, je vous dis dans diabète et asthme là on essaie de, de, d'y travailler.*

- JRO : et lors de ces consultations de, de diabète et asthme, il y a un moment particulier de la consultation ? (long silence)

- MG1 : *heu ça peut être en début de consultation donc là je vais prendre l'exemple heu de la consultation pour le renouvellement pour un patient diabétique heu il va me montrer son carnet de surveillance heu ou, ou le résultat de son hémoglobine glyquée... donc là c'est le moment où on va discuter, bon heu est ce que les injections sont bien faites hein, est ce que les médicaments sont bien pris etc. donc en début de consultation ça...alors après par exemple la prise tensionnelle (silence) à chaque fois que j'ai un chiffre tensionnel qui, qui est différent on va dire*

heu ma question est toujours : « heu vous n'avez pas oublié votre médicament , vous le prenez bien régulièrement ». Donc la prise tensionnel si y a une... pour moi la première cause d'une tension qui est différente c'est « ho il y aurait bien un oubli de médicament ». (silence)

- JRO : et qu'est ce qui d'une, à contrario pourriez constituer pour vous un frein au dépistage de cette non-observance thérapeutique ?

- MG1 : *beh le frein il est malheureusement constant à toute nos (hésitation) toute notre activité : le frein c'est le temps ! (silence) le temps c'est encore prendre encore un petit peu plus de temps dans notre consultation pour heu... donc c'est le frein essentiel. (silence)*

- JRO : jamais heu vous ne faites inclure heu de problème d'affects personnels comme la fatigue heu ou si vous vous ingérez dans le domaine d'un, d'un confrère, type heu introduction d'un traitement de spécialiste et heu ...

- MG1 : *alors heu concernant la fatigue beh je reviendrai au temps ; heu c'est vrai qu'en fin de journée lorsque le médecin a une demi-heure de retard dans son planning, sur son planning heu ou il est plus fatigué beh c'est vrai qu'on va (raclement de gorge) qu'on va peut-être moins vigilant sur ces problèmes d'observances, qu'on pourrait qualifier de secondaire mais qui ne le sont pas hein, donc heu ça ; heu concernant la prescription de, de, de spécialiste d'organe je dirais que (silence), ça c'est ma position : heu lorsque je fais une ordonnance c'est moi le prescripteur donc c'est moi qui assume mon ordonnance ; donc qu'elle soit sous les conseils d'un, d'un collègue spécialiste heu ou qu'elle vienne de ma part , c'est la même ordonnance : je prescris un médicaments heu, heu, heu , si mon spécialiste veut substituer l'AVK pour un nouvel anti heu heu thrombotique c'est moi qui vais prendre la décision.*

- JRO : d'accord. Le fait de pouvoir avoir des difficultés à proposer une prise en charge si c'est dépisté, ça n'intervient pas ? (silence)

- MG1 : *parfois je vais dire heu (silence) j'ai prescrit la semaine dernière, ça m'arrive très rarement, mais j'ai prescrit un traitement antibiotique chez un enfant, par intramusculaire, parce que compte tenu du niveau socio-culturel familial je savais très bien que cet enfant, qui avait une pneumopathie, heu j'avais que deux alternatives : ou l'hospitalisation ou un traitement par intramusculaire parce que j'étais pas du tout sûr que heu le traitement serait bien conduit par la maman ; donc en fait le repérage d'une difficulté d'observance m'a conduit à modifier ma prescription.*

- JRO : d'accord. Et heu est-ce que vous vous souvenez heu dans votre exercice une situation particulière de non-observance chez un patient heu que vous vous pensiez bien à l'écoute et réceptif à vos, à vos préceptes ?

- MG1 : *Une, une fois c'est quelque chose qui m'avait marqué je me souviens d'une dame que je voyais heu que je voyais en domicile, donc qui avait une assez lourde ordonnance de, de type cardiopathie heu avec entre autre un AVK ; et cette dame je la voyais de façon régulière tous les premier jeudi du mois et ce pendant des années et donc elle me montrait son taux d'INR qui était correct puis heu...tout, tout se passait très bien. Et puis un jour comme ça je, je réfléchis que la plus part de ses médicaments comportaient des boîtes de vingt-huit comprimés et que en voyant la personne une fois par mois tous les premier jeudi du mois en fin d'année forcément ça faisait, il manquait une boîte...hein ça fait : treize, treize fois, treize fois quatre cinquante-deux donc il manquait un treizième mois hein, un treizième mois ... et je me suis dit, non cette dame forcément elle prend pas bien ses médicaments alors que c'était vraiment heu l'archétype du, du, du modèle du bon patient, le prof retraité heu qui, qui s'applique à la lettre. Et j'ai appris après des années que le samedi et le dimanche elle ne prenait pas ses médicaments (silence) AVK y compris.*

- JRO : et quel a été votre ressenti par rapport à cette découverte ?

- *MG1 : alors j'en ai été vraiment stupéfait bon ; et ce qui est encore le plus stupéfiant c'est que je n'ai pas modifié son, son traitement, par ce que comme ça allé bien depuis des années heu j'ai laissé heu son traitement en heu insistant quand même pour le PREVISCAN®.*

- JRO : c'était plutôt négatif ou positif comme heu comme ressenti ?

- *MG1 : (sourir) c'était une surprise ! c'était une surprise heu dans, je veux dire, dans la mesure où mon patient allait bien heu ça n'a pas était négatif.*

- JRO : et vous avez été, vous avez été satisfait de dépister ce heu ce problème ou...

- *MG1 : oui oui surpris mais satisfait de ce dire tiens...*

- JRO : d'accord...

- *MG1 : c'était (silence) mais sur le heu, une action assez importante aussi que peut être seul le médecin généraliste peut faire et seul dans, dans une activité de visite c'est voir dans l'armoire à pharmacie les médicaments qui sont à la maison là où on a quand même de grosses surprises...*

- JRO : d'accord donc maintenant vous prêtez plus attention depuis lors à ce genre de problèmes.

- MG1 : à aller voir ce qu'ils ont dans leur armoire à pharmacie, et c'est vrai que entre les médicaments, les boîtes de médicaments c'est, c'est assez impressionnant...

- JRO : d'accord

- MG1 : une autre anecdote aussi sur l'observance thérapeutique : je prescris ... une jeune dame qui était heu avec heu retard mental qui était donc heu dans un foyer et cette heu cette heu heu jeune femme prenait une contraception orale ; donc c'est vrai que chez la personne déficiente heu on a toujours un peu heu de de de réticence à la contraception orale mais y a pas de soucis, elle prenait, elle demandait le renouvellement régulièrement de sa pillule oestro-progestative ; et puis comme ça un jour je suis appelé par la monitrice du du foyer et qui me dit « voila regardez dans son armoire on a trouvé des boîtes de pillules » ;il y en avait pour trois années de contraception ... et donc cette fille elle se faisait prescrire la pillule et elle ne la prenait pas (silence) donc heu ben on l'a interrogée et en fait elle ne la prenait pas parce qu'elle n'avait pas de rapports sexuels , elle avait bien compris que c'était un moyen de contraception, mais par contre elle voulait prendre la pillule pour faire comme les autres ; donc là c'est pas vraiment un problème d'observance mais heu pour le médecin il était quand même berné par le, le... donc c'était...et ça c'est la découverte du stock de médicaments dans l'armoire...

- JRO : donc ... en termes de besoins qu'est ce qui pour vous permettrait d'améliorer le heu le dépistage de, de, de ces, de ces difficultés d'observances pour le médecin généraliste ?

- MG1 : (silence) sur sur différent, sur différentes populations : sur les populations personnes âgées en particulier en institution ou dans les foyers logements beh ça c'est le rôle de, de l'infirmière hein qui la préparation des médicaments, la surveillance un petit peu ... donc ça, ça pourrait être un partenariat à faire ... heu le rôle du pharmacien, je le répète : le pharmacien c'est lui qui délivre

le médicament donc il doit savoir, il sait quand est-ce qu'il l'a délivré, s'il y a un recouvrement sur nos ordonnances je pense en particulier aux psychotropes où les gens vont avoir une surconsommation beh forcément il en manque un petit peu, donc le recouvrement d'ordonnance, mais on peut être, il peut nous interpeler aussi sur le fait que le renouvellement il a pas une heu beh il manque quelques jours donc forcément y a... donc ça, ça pourrait être facile à mettre en place ; après le médecin généraliste lui-même bon heu, heu (silence) à chaque consultation bon « votre traitement comment ça va ? est-ce que vous... » quelques questions sur heu « comment ça va est ce que vous vous en sortez pour votre insuline ? est-ce que... » comme ça ; les carnets d'auto surveillance hein... carnet d'auto surveillance avec heu bon c'est bien pour le diabète : donc le diabète on a heu les chiffres de glycémies et puis y a l'injection d'unités et pourquoi pas aussi mettre heu à côté la petite croix : prise de médicaments heu pour la tension heu donc ça pourrait très bien se rajouter au petit carnet d'auto surveillance diabétique heu une petite croix : j'ai pris mon traitement oui ou pas heu ça, ça pourrait être...

- JRO : d'autres outils comme des questionnaires de dépistages ?

- MG1 : alors questionnaire pour savoir si c'est bien pris je, je sais pas... un autre outil c'est le pilulier heu le pilulier avec heu heu heu donc le pilulier tout simple ou on voit les médicaments on était préparé : il est pris il est pris , il est pas pris... après il y a des pilulier un petit peu mouchard, ça ça existe aussi heu bon c'est un petit peu plus inquisiteur mais pourquoi pas sur des heu sur des médicaments heu je vais dire, importants ils le sont tous, mais je prends en particulier , je reviens encore sur mes AVK : heu de prescrire un médicaments qui n'est pas un AVK mais qui a les même indications mais dont on a pas les moyens de surveillance on serait bien content d'avoir un outil de certitude que ce, ce PRADAXA® ou XARELTO® est bien pris... donc pourquoi pas mettre un système de pilulier heu avec alarme, ça ça peut être un outil possible...

- JRO : et heu en FMC, une formation ciblée à l'observance thérapeutique ? au dépistage de l'observance ?

- *MG1 : de de souvenir je n'ai pas eu une seule FMC dans ce domaine, mais oui ça peut être tout à fait intéressant...*

ENTRETIEN NUMERO 2

- Jean-Raymond ODABACHIAN (JRO) : donc heu bonjour, tout tout d'abord on va heu, je vais vous demander si vous avez déjà entendu parler du problème de l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques heu que ce soit par un média heu un confrère heu par des patients ?

- *Médecin généraliste 2 (MG2) : non j'en ai entendu parler c'est surtout par les médias hein et puis par quelques patients quand je leur pose la question.*

- JRO : (silence) pour vous heu dans cette problématique quel est quel quel est la représentation du rôle du médecin généraliste ?

- *MG2 : (silence) beh le rôle du médecin généraliste c'est d'abord de s'assurer que le médicament est bien pris, de rappeler très régulièrement les les médicaments et les posologies et d'insister auprès du patients pour qu'il les prenne de façon régulière.*

- JRO : pour vous l'observance thérapeutique elle dépend de celui qui prescrit le traitement ?

- *MG2 : (silence) pas uniquement mais c'est vrai que celui qui prescrit le traitement a une grande importance selon la façon dont il présente son traitement.*

- JRO : donc pour vous en terme de dépistage le rôle du médecin généraliste (*il coupe*)

- *MG2 : est capital !!!*

- JRO : est-ce que pour vous d'autres professionnels de santé doivent être impliqués dans cette, dans ce dépistage ?

- MG2 : dans le dépistage des maladies ou dans le dépistage de la non observance ?
- JRO : de la non observance.
- MG2 : Ah dans le dépistage de la non observance !!! Ah beh la la la tous les professionnels de santé doivent se, doivent participer et en particulier les que les infirmiers, infirmières qui souvent à domicile donnent les médicaments.
- JRO : (silence) à votre avis dans dans votre patientèle quelle est la répercussion de de l'observance thérapeutique ?
- MG2 : (hésitation) la répercussion de de l'observance thérapeutique ? le nombre de... je comprends pas bien, je comprends pas bien la question parce que c'est quoi ? c'est le nombre de de malades qui prennent pas bien leur médicaments ou...
- JRO : d'après vous en terme de prévalence oui...
- MG2 : (long soupir) oh je dirais moi qu'il y a a peu près heu 80, 80% de patient qui prennent bien leurs traitements.
- JRO : (silence) et pour vous estimer la répercussion sur la santé de vos patients heu...
- MG2 : la répercussion c'est à dire des des ... ?
- JRO : de l'inobservance
- MG2 : de l'inobservance des traitements qui n'aboutissent pas, qui n'ont pas d'efficacité ? oh je dirais bon comme bon il y a 20% qui suivent pas bien et je dirais heu 10 15% de plus qui le suivent à peu près (silence) à peu près bien.
- JRO : vous abordez ce sujet heu à quel moment de vos consultations ?

- *MG2 : (silence) en rédigeant l'ordonnance ! j'insiste bien sur le fait qu'ils doivent le prendre ;*
- *JRO : à toutes les consultations (il coupe)...*
- *MG2 : NON !!! pas toutes les consultations hein, mais quand je m'aperçois par exemple heu quand je m'aperçois qu'un traitement est mal suivis ou parce que je je, en prenant un traitement anti hypertenseur par exemple il suffit que les chiffres soient élevés beh je leur pose la question s'ils le prennent bien ou pas...*
- *JRO : est-ce qu'il y a par contre des patients plus à risques que vous heu que vous ciblez ?*
- *MG2 : Oui ! les patients diabétiques en particulier. Là j'insiste bien sur le fait de de, sur les prises régulières journalières des médicaments*
- *JRO : d accord (il coupe)*
- *MG2 : et surtout l'observance régulière d'un régime... qui chez nous n'est pas toujours fait loin de là...*
- *JRO : pour essayer de dépister cette inobservance chez ces patients-là vous utilisez plutôt des questions générales, des questions ciblées, des outils ?*
- *MG2 : non des outils, des outils non... non des questions... je leur pose carrément la question : j'ai une bonne relation de confiance avec mes patients !j'ai une clientèle qui est âgée que je suis depuis longtemps donc je leur pose carrément la question ; j'ai j'ai pas de de quest... d'outils ou de questions ciblées donc je leur pose carrément la question.*
- *JRO : et a contrario qu'est ce qui pourrait pour vous être heu être un frein à ce dépistage ?*

- MG2 : *(il réfléchit à voix hautes) un frein au dépistage de la non observance ? (silence)*
- JRO : peut-être une difficulté à gérer la consultation par manque de temps ?
- MG2 : *ouai heu le manque de temps, la mauvaise connaissance du patient heu... ouai c'est surtout... (je le coupe)*
- JRO : la mauvaise connaissance du patient par rapport à son traitement ?
- MG2 : *non non la mauvaise connaissance du patient le le , par rapport à son médecin ; voilà ce que je veux dire : la mauvaise connaissance du médecin et du patient... la mauvaise relation entre médecin malade !*
- JRO : vous faites rentrer heu heu dans les freins aussi les problèmes personnels comme la fatigue heu, peut-être des sentiments d'ingérences dans le domaine d'un spécialiste ?
- MG2 : *(silence) non ! ca ca m'arrive pas !non ça me gêne absolument pas. Non quelques fois quand quand je je si j'interroge pas c'est que j'en ai pas besoin j'ai pas de de frein à poser des questions !*
- JRO : vous n'avez jamais ressentis de frustration par rapport à des patients qui étaient inobservants de façon chronique et que vous savez inobservants ?
- MG2 : *ah beh oui ca hé (sourire) y a des patients qui comprennent jamais hein ça c'est sûr !mais bon oui effectivement quelques fois bon on on on peut être tendance à baisser les bras ça c'est sur ...*
- JRO : est-ce que la difficulté de pouvoir éventuellement proposer une pris en charge si c'est dépisté ça joue dans votre dans votre recherche de...
- MG2 : *de ?*

- JRO : de problèmes d'observance ?

- MG2 : *(silence) (il réfléchit à voix haute) la recherche de problèmes d'observance si ça joue si y a heu... (long silence) non mais c'est important effectivement si si ils observent le traitement ou pas mais heu ... j'ai pas très bien compris la question-là elle est... vous pouvez me la répéter ?*

- JRO : si vous avez une difficulté à proposer une prise en charge lorsque vous avez dépisté la la la non observance à un traitement...

- MG2 : *ouai*

- JRO : ...dans la maladie chronique comme vous le disiez tout à l'heure le diabète heu du fait que le patient sera peut-être pas très réceptif ou si heu si vous avez pas le spécialiste adéquat pour vous aider heu à améliorer sa prise en charge est ce que ça va pour vous constituer un frein ou (il coupe)

- MG2 : *un frein à quoi ?*

- JRO : à son dépistage heu au dépistage !

- MG2 : *ouai peut être ouai, la franchement j'avoue que j'en sais rien... (fou rire)*

- JRO : *(sourire)* est ce que vous vous souvenez par ailleurs d'une d une situation heu de non observance qui heu qui qui pour vous heu a été une surprise totale alors que vous pensiez le patient bien bien réceptif et bien à l'écoute ?

- MG2 : *(en riant) oui !! alors je me souviens de ça, c'était une patiente âgée que je suivais régulièrement j'étais persuadé qu'elle prenait son traitement, et heu heu un jour je suis allé dans sa salle de bain j'ai j'ai trouvé quasiment 3 ans de traitement dans son armoire (rire).*

- JRO : et quel a été votre ressenti par rapport à heu cette découverte ?

- *MG2 : j'ai souris et j'ai remis j'ai remis mes connaissances en en cause (rire) !!*
- *JRO : c'était plutôt positif ?*
- *MG2 : oui pour moi oui !! (rire)*
- *JRO : négatif pour la patiente ?*
- *MG2 : beh elle prenait pas son traitement mais n'en avait pas besoin puisqu' elle allait bien !!! (sourire)*
- *JRO : et du coup maintenant... (je me coupe) c'était en début de carrière ou en ...*
- *MG2 : c'était en début de carrière ouai*
- *JRO : du coup (il me coupe)*
- *MG2 : du coup maintenant je vais assez souvent voir chez les vieilles dames je vais assez souvent voir dans les armoires a pharmacie de leur salle de bain !!*
- *JRO : la visite c'est un moment important pour dépister ce genre de problèmes à domicile ?*
- *MG2 : AH je crois qu'on peut mieux voir à domicile que qu'en consultation au cabinet !quand on voit le patient dans son milieu on peut s'en rendre beaucoup beaucoup mieux compte : on voit les boites qui traine un peu partout , on voit sa sa... la visite à domicile heu sert beaucoup plus au dépistage de l'inobservance ouai ça c'est vrais*
- *JRO : est-ce que vous avez était sensibilisé à l'importance de ce phénomène d'inobservance durant vos études ou des FMC (il coupe)*
- *MG2 : noooooon*

- JRO : ou par un autre intervenant de la santé ?

- MG2 : *(en riant) à mon âge durant mes études ça n'intervenait absolument pas ! et puis comment dirais-je à l'époque où j'ai fait mes études heu le médecin était persuadé qu'il était obéi comme heu comme un dieu hein ; il ne venait même pas à l'idée au médecin qu'il n'était pas obéi. Maintenant on en tient beaucoup plus compte, à mon époque on en tenait pas compte... On était persuadé d'être obéi !*

- JRO : d'après vous qu'est qui vous permettrait d'améliorer votre manière de dépister ?

- MG2 : *(sourire) d'y penser plus souvent peut être !! (rire)*

- JRO : vous avez pensé peut être a des formations ciblées, a des outils de dépistage ?

- MG2 : *je ne fais plus de formation ciblée ou non ciblées d'ailleurs (sourire)*

- JRO : merci

- MG2 : *je vous en prie !!!*

ENTRETIEN NUMERO 3

- Jean-Raymond ODABACHIAN (JRO) : donc quelle idée avez-vous de vos patient atteints de maladies chroniques ?

- *Médecin généraliste 3 (MG3) : une idée un peu compliquée car ce sont des patients qui sont assez lourds, donc il faut penser a pas mal de choses aux niveaux soins et aides à coté...*

- JRO : avez-vous déjà entendu parler dans le cadre des maladies chronique du problème de l'observance thérapeutique ?

- *MG3 : oui*

- JRO : par des médias ? patients ?

- *MG3 : patients et puis aussi même par une formation.*

- JRO : d'après vous quelle est la place du médecin généraliste face à cette problématique de la non observance thérapeutique ?

- *MG3 : a priori elle est importante mais c'est, nous on n'est pas là pour heu, on n'est pas chez eux donc je pense que quand on a un problème avec ça on s aide par exemple d'infirmières ou de voisins d entourage pour donner les médicaments par exemple entre autre.*

- JRO : vous avez l'impression que heu l'observance thérapeutique ne dépend que du heu de la personne qui introduit le traitement ?

- *MG3 : non (silence) non !*

- JRO : en termes de dépistage le médecin généraliste où se situe-t-il ?

- MG3 : *en terme de dépistage beh il se situe quand même au sommet à moins que le médicament soit donné par quelqu'un d'autre mais sinon heu on s aperçois le nombre de médicament qui reste chez chez les gens à domicile heu puis des fois au niveau au niveau thérapeutique si la tension est pas bonne on pose la question savoir si ils prennent bien son traitement jusqu' au bout heu c'est une façon de voir un petit peu les choses.*

- JRO : pour améliorer cette observance thérapeutique heu la prise en charge devrait être accès sur quels points ?

- MG3 : *ben dépistage heu oui bon chez les gens je trouve que c'est un peu plus facile parce qu' on va vérifier les boites de pharmacie ; au cabinet beh c est plus compliqué à moins qu' ils ne prennent pas leur traitement et qu' on s'en aperçoive en faisant une prise de tension ou pour un problème cardiaque qui évolue et après beh si on s'en aperçois ben je pense nous après on est qu' un petit maillon c'est à dire qu' il faut vraiment le faire donner par quelqu'un d'autres quoi, de sûr !*

- JRO : quelles sont pour vous dans votre patientèle les conséquences de la non observance thérapeutique ?

- MG3 : *ben après des pathologies qui arrivent qui ne devraient pas trop, l'hypertension c'est sûre, heu l'insuffisance cardiaque et puis alors le diabète hein évidemment pour moi c'est les 3 pathologies où... parce que quand ça agit sur les douleurs gens oublient pas en principes (sourires)*

- JRO : ca a une incidence directe sur l'efficacité du traitement ?

- MG3 : *Ah oui, Ah oui !ah oui beh au niveau diabète ça se voit bien là on peut encore contrôler un peu puis poser des questions après l'insuffisance cardiaque heu on a déjà problème de décompensation qui sont pas toujours expliqué puis après on s aperçois que le diurétique n'a pas été pris ou pris une fois sur deux, entre autre...*

- JRO : c'est souvent au court d'une complication que heu on découvre que, que vous découvrez ce problème ?

- MG3 : moi heu (*hésitation*) oui alors, oui alors une complication plus ou moins grave mais oui ouai c est plus par ce biais-là rarement heu rarement par les gens parce que l'entourage c est pas toujours, bon sauf si quelqu'un vit avec la personne évidemment là elle dit mais sinon, si c'est quelqu'un de seul qui vit chez elle c'est très difficile ouai.

- JRO : dans quelles circonstances vous essayez d'aborder le sujet de la non observance thérapeutique : durant vos consultations vos visites ? à quel moment des consultations ?

- MG3 : au moment si je m'aperçois que quelque choses va pas au niveau pathologie donc chiffres tensionnels, diabète qui décompense ou qui où les glycémies sont pas bonnes beh là je pose la question là si ils font bien leur insuline s ils font bien, s'ils prennent bien leurs comprimés si ... après c'est difficile ; chez eux on peut s'en apercevoir plus facilement, c'est quand même plus facile en visite à domicile, c'est l'intérêt.

- JRO : il y a pas des patients que vous estimez plus à risques et chez qui vous allez plus (il me coupe)

- MG3 : oui

- JRO : rechercher cela ?

- MG3 : oui parce qu'il y a des gens qui sont plus facilement étourdit ou ils pensent que ce qu'ils ont c'est pas trop grave alors heu, par exemple le diabétique par exemple : un diabétique qui démarre un diabète bon il prend des comprimés mais bon lui il s'aperçoit pas qu'il se passe des choses donc il peut ne pas faire attention c'est le moment où il s'aperçoit sur les prises de sang qu'il peut s'apercevoir que ça monte trop vite on se dit tiens y a un problème. Sinon après heu non je ne vois pas d'autres heu... c'est toujours sur les complications voilà.

- JRO : est-ce qu'il y a... vous le faites à toutes les consultations de façon systématique ?

- *MG3 : non non non, c'est vraiment quand je m'aperçois qu'il y a un problème, c'est vrai que je pose pas... sauf si certaines personnes mais qui sont soit un petit peu entre guillemet psychiatrique, les choses comme ça, j'essaie de faire attention, mais en principe ces gens-là souvent ils ont un traitement donné par quelqu'un d'autre, donc heu de temps en temps j'appelle la personne qui donne les médicaments.*

- JRO : et donc quand vous suspectez une non observance vous abordez le sujet comment avec le patient ?

- *MG3 : beh j'essaie d'abord de lui faire comprendre qu'il y a des problèmes et pour quelles raisons et puis après lui dire que peut-être il ne prend pas suffisamment ces médicaments et que ce problème-là vient de là, lui expliquer. Non après c'est difficile, donc les glycémies c'est plus facile il y a des chiffres, bon la tension il les voit pas vraiment les chiffres c'est nous qui lui disons heu et après l'hospitalisation bon là on peut même lui parler à l'hôpital lui dire qu'il faudra peut-être faire quelque chose...*

- JRO : vous n'utilisez pas de questionnaire ou d'outils ? heu vous n'avez pas d'outils (il coupe)

- *MG3 : non*

- JRO : heu vous n'avez pas d'outils adéquats ?

- *MG3 : non aucun aucun*

- JRO : qu'est ce qui pour vous peut constituer un frein à ce dépistage lors de vos consultations ?

- *MG3 : beh déjà la prise de temps si si les gens viennent ayant pas de problèmes c'est vrai je leur demande pas tous les jours ça c'est sûr parce que faut s'expliquer c'est pas « oui et non », faut essayer de voir s'ils le prennent vraiment bien : s'ils disent oui faut expliquer alors c'est vrai que bon à ce moment-là...c'est vrai qu'en visite c'est plus facile parce que la visite c'est plus long comme temps... la consultation c'est ,c'est le temps*
- *JRO : est-ce que vous adaptez votre discours en fonction du niveau social de vos patients ?*
- *MG3 : oui... malgré tout oui ce qui n'est peut-être pas très bien mais...quand même...*
- *JRO : est-ce que vous faites entrer des questions d affectes personnels pour le dépistage ou non, à savoir la fatigue, le sentiment d'ingérence dans le domaine réservé d'un spécialiste, de la frustration car c'est un travail qui peut être fastidieux ?*
- *MG3 : heu ouai c'est vrai que ça dépend un petit peu des gens mais bon moi c'est vrai que j'en parle pas quotidiennement, j'ai du mal à faire ce point-là tout le temps c'est vraiment toujours à cause de ces problèmes là...*
- *JRO : est-ce que le fait de pas savoir, si vous en dépistez une, comment la prendre en charge ça peut jouer aussi ou ça ne rentre pas en ligne de compte ?*
- *MG3 : non ça rentre pas en ligne de compte non non non si on en voit une on arrive après à se débrouiller pour, pour lui faire comprendre ou par l'intermédiaire de quelqu'un faire intervenir quelqu'un. Non je trouve que ça, ça va.*
- *JRO : vous êtes déjà tombez sur des patients non intéressés ?*
- *MG3 : oui ils fuient la question plus ca beh oui y en a qui comprennent pas qu' on leurs pose cette question, donc il faut ... c'est pour ça que moi j'aime bien avoir une preuve entre guillemets, enfin une preuve pour moi et leur montrer qu'il y a*

quelque chose qui va pas et que peut être que ça vient d'autres choses et que c'est pas un échappement thérapeutique.

- JRO : est-ce que vous avez un exemple particulier au cours de votre carrière d'une situation de non observance que vous avez mis en évidence chez un patient que vous pensiez pourtant réceptif à votre discours ?

- MG3 : *oui mais enfin, c'est un peu particulier car c'était un malade psychiatrique : et en fait en décompensant progressivement il ne prenait pas son traitement et à partir de là ça a été la cata il a fallu... alors lui il a eu un peu de chance parce qu'en fait son voisin devait aller le voir il a vu qu'il pouvait pas ouvrir la porte donc il a appelé les pompiers et ainsi de suite et ça c'est bien tourné pour lui mais... en fait il décompensé tout doucement il prenait plus, il avait arrêté tout traitement « psy » mais aussi autres car il était diabétique lui donc heu... voilà c'était le problème mais ça c'est compliqué parce que après pour les gens qui décompensent comme ça progressivement heu, leur faire expliquer qu'ils prennent leur traitements ou qu'ils aillent se dans une structure pour se soigner ça c'est autre chose...*

- JRO : et que a été votre ressenti par rapport à cet échec ?

- MG3 : *beh pas bien et comme la chance il a pu s'en réchapper beh après j'ai fait venir une infirmière qui venait tous les jours matin midi et soir donner son traitement. Et le jour si il lui ouvrait pas la porte beh c'est pas grave elle m'a appelé et j'allais chez lui puis j'avais son propre numéro de téléphone pour essayer de le joindre.*

- JRO : ça a été plutôt une expérience plutôt négative ou positive ?

- MG3 : *ben positive en ce sens que ça m'a permis de faire plus attention à certaines choses ; bon ben négative... enfin pour le patient ça a été hein il s'en est sorti mais bon je me dis qu'il a eu un peu de chance quoi par ce qu'il y eu un voisin qui est passé sinon ben peut être que... le coma hypoglycémique... c'est fini...*

- JRO : vous faites plus attention maintenant à ce genre de choses que en début de carrière

- MG3 : *oui plus pour ces patients psychiatriques oui ca vraiment là maintenant des que je vois que ça commence à être un peu difficile moi je leur montre quelqu'un, mais c'est déjà arrivé qu'ils ouvrent pas la porte à l'infirmière c a c est déjà arrivé... ça, ça complique les choses...*

- JRO : quand vous dépistez une non observance thérapeutique vous mettez plutôt en cause le patient ou vous vous remettez vous en cause ?

- MG3 : *beh c'est les deux ! enfin après c'est peut-être parce qu'on n'a pas assez insisté lourdement ou on n'a pas essayé de faire comprendre au patient qu'il fallait vraiment prendre son médicament parce que ça pouvait...et puis y a des gens c'est difficile de leur faire comprendre hein, pour eux c'est tout, c'est pas aussi important de prendre des médicaments tous les jours hein...pour eux c'est pas simple donc c'est difficile y a les deux bien sûr mais des fois même si on pense avoir bien expliqué ,même fait des dessins, même donné la fiche « poso » fait mains pour montrer « voyez votre traitement matin midi et soir » tout ça, ben tout ça y en a quelqu'un qui passe à travers...*

- JRO : d'après vous qu'est-ce qui permettez d'améliorer votre capacité à dépister ce genre de problèmes ?

- MG3 : *beh il faudrait y penser, il faudrait le faire très régulièrement c'est à dire y penser plus que ce que je fais (rire) !!! il faudrait y penser plus et puis vraiment pose les bonnes questions à chaque fois, peut être même qu'on sera un peu rabat joie mais peut être les poser à chaque fois ; dès qu'on voit qu'il y a un petit problème peut être dire « est-ce que vous prenez bien le truc ? », vérifier les boites mais en cabinet c'est impossible de vérifier les boites, sauf peut-être par rapport aux nombres d'ordonnances sur l'ordinateur amis ça c'est facile...*

- JRO : donc vous avez dit que vous avez eu, que vous avez été sensibilisé par une formation ?

- *MG3 : oui en fait par, j'avais eu un sujet en fait c'est pas une formation...on a eu une heure la dessus : pendant une formation on a eu une heure la dessus...*
- *JRO : lors d'une FMCV ?*
- *MG3 : ouai en FMC c'était heu c'est le professeur qui s'occupe des bateliers, qui s'occupe des personnes âgées en fait je sais plus si c'était par ce monsieur mais c'était intéressant ouai !*
- *JRO : vous pensez que ça a été suffisant une heure ?*
- *MG3 : beh c est jamais suffisant oui ça mérite surement de recommencer parce que c'est quelque chose qu'on fait tous les jours donc ça serait intéressant de refaire au moins une fois par an peut être pour retourner dedans, c'est vrai qu' on fait de temps en temps des formations ou on fait deux fois des choses dans l'année c'est vrai que ça bon on a pas tous les, chaque fois dans les formations ca ; mais c'était pas mal...*
- *JRO : vous avez déjà utilisé des groupes de paroles avec des paires pour heu parler de cas particuliers ?*
- *MG3 : non*
- *JRO : ça serait utiles ?*
- *MG3 : ça serait intéressant oui voir ce que ressentent les autres...*
- *JRO : vous voyez d'autres choses qui pourraient améliorer ces dépistages ?*
- *MG3 : ouai non la formation, oui ca les groupes de paroles ou répéter ce genre de formation parce que moi je l'ai une qu'une fois depuis, bon bon je fais pas non plus des formations ... j'en fais que deux importantes dans l années mais ça fait quand même quinze ans et sur quinze an beh j'ai eu ce sujet-là qu'une fois alors que*

les infiltrations on va l'avoir pratiquement une fois par an rire ou le diabète par exemple on va l'avoir à tous les coups aussi on l'a à chaque fois le diabète, l'hypertension on l'a tout le temps donc c'est vrai que si on y va pratiquement deux fois par an on retourne, ça suit, alors que ce sujet-là je l'ai retrouvé qu'une seule fois, donc après ça peut être des propositions qui peuvent se refaire quoi ; on était pas très nombreux non plus alors peut être que ça a joué (rire) ça a peut être joué aussi (rire) !!!

- JRO : beh merci.

ENTRETIEN NUMERO 4

- Jean-Raymond ODABACHIAN (JRO) : donc heu pour commencer quelles idées avez-vous de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques ?
- Médecin généraliste 4 (MG4) : *quelle idée ? c'est à dire ?*
- JRO : est-ce que vous avez déjà entendu parler de problèmes d'observance thérapeutique les concernant ou, ou jamais ?
- MG4 : *heu non, concernant l'observance thérapeutique chez les patient, enfin ouai chroniques ça dépend, ça dépend quel type de pathologie en fait : chez les diabétiques par exemple l'observance parfois c est compliquée en fait, j'en revue encore une hier et l'observance est pas est pas terrible en fait hein, donc c'est très variable je dirai surtout chez les patients diabétique en fait l'observance n'est pas toujours bonne en fait*
- JRO : d accord la prise en charge dépend de la pathologie ?
- MG4 : *heu ouai, y a des patients, enfin qui sont parfois ... alors je cherche des exemples hein hummm... ouai c'est surtout chez les diabétique moi où j'ai parfois pas une super observance ou les patients effectivement me disent quand l'hémoglobine glyquée est faite, ben finalement j'ai pas pris trois comprimé, j'en ai pris qu'un des fois je l'ai pas pris donc heu voilà, après sur les autres pathologies comme je suis collaboratrice les patients que je vois par exemple de Mr ou Mme X surtout les patients à domicile qui ont de lourdes pathologies sont un petit peu quand même, un petit peu plus, un peu plus observant hum ouai...alors des exemples j'en ai pas vraiment mais voilà... alors je sais pas si j'ai bien répondu*
- JRO : il n y a pas de mauvaise réponse !
- MG4 : *en tout cas c'est mon sentiment voila*

- JRO : vous avez été sensibilisé à ce problème d'observance thérapeutique ?
- *MG4 : oui !!!bien sûr ! bien sur donc on demande toujours systématiquement au patient si ils ont bien pris leur traitement heu (je coupe)*
- JRO : je voulais dire vous. Est que vous, vous avez été sensibilisé à ce problème durant vos études, durant une FMC ?
- *MG4 : Ha ! heu durant mes études non j'ai pas le souvenir c'est surtout quand on débute notre pratique et puis en FMC éventuellement ça on en parlait plus souvent mais durant ma formation à la fac tout ça j'en ai pas souvenirs !!!*
- JRO : concernant ce problème d'observance thérapeutique pour vous quelle est place du médecin généraliste ?
- *MG4 : ah beh elle est importante elle est centrale puisque tout, enfin c'est nous qui les voyons le plus régulièrement donc je pense qu'on est le meilleur, le meilleur acteur pour suivre ça, donc ouai non je pense qu'on a une place indispensable.*
- JRO : pour vous ça n'est pas forcément de la responsabilité de la personne qui introduit le traitement ?
- *MG4 : euh pas forcément pas forcément parce que un neurologue ou un autre spécialiste ne va pas voir le patient fréquemment donc il le verra peut-être tous les trois mois ou tous les six mois voir tous les ans. Nous en tant que médecin généraliste on est amené à les croiser au moins une fois par mois voir plus parfois pour des autres soucis hein que leur pathologie chronique donc oui je pense que c'est nous médecins généralistes qui avons la place centrale de toute manière.*
- JRO : plutôt au niveau du dépistage ou de la pris en charge a posteriori si dépistage il y a ?

- *MG4 : notre place en fait...beh je pense pour tout en fait même au niveau du dépistage, enfin surtout je pense au niveau du dépistage en fait, ne serait-ce que ouai non au niveau du dépistage puisqu'on interpelle les patients à un certain âge pour tel ou tel examen ne serait-ce qu'en gynéco donc ça ou on est amené à voir des patiente qui n'ont pas forcément de gynéco donc au niveau des dépistages enfin... ouai non on est acteur quand même central !!!*
- JRO : donc vous êtes assistantes mais vous suivez la même patientèle que Mr et Mme X donc à votre avis dans cette patientèle quels sont les conséquences de la non observances ?
- *MG4 : beh les conséquences médicales pour les patients donc l'aggravation de la pathologie... c'est les conséquences ...enfin c'est médicales que vous me posez la question ?*
- JRO : oui
- *MG4 : bien sur l'aggravation d'un diabète, l'aggravation... la prise d'antalgiques plus importante par non observance d'un traitement par exemple pour les migraineux d'un traitement de fond enfin voila.*
- JRO : vous observez souvent des complications comme motif de dépistage ?
- *MG4 : heu c'est à dire ?*
- JRO : est ce que les complications d'une maladie chronique font offices de dépistage comme une décompensation oedémato-ascitique ou une décompensation cardiaque...
- *MG4 : vouai pas souvent pas souvent mais ça arrive en fait... non... décompensation cardiaque vouai non enfin vraiment pas souvent... dans l'aigue en fait heu non je vous direz non pas aigue... c'est surtout les choses comme je reviens toujours au diabète hein mais c'est surtout ça que moi je rencontre hein c'est surtout sur les bilans qu'on constate effectivement que...*

- JRO : sur l'efficacité du traitement ?

- MG4 : *voilà sur l'efficacité du traitement ! au niveau des choses aigues heu c'est vrai que décompensation cardiaque on en voit peu, oedémato-ascitique voilà on en voit peu aussi donc heureusement d'ailleurs...mais je pense qu'ils sont peut être ouai là plus souvent peut être pris en charge et ils sont peut-être plus rigoureux sur le plan cardiaque hein les patients donc ils ont tendance à prendre plus facilement leurs traitements après un infarct ou autres qu'un diabète puisqu'un diabète c'est plutôt silencieux ils se rendent pas compte, pour eux ça fait pas mal, ils sont moins observant on va dire.*

- JRO : est-ce que vous abordez le sujet de la non observances de façon systématique dans votre consultation ?

- MG4 : *heuuuu c'est ... j'en... muai enfin systématiquement quand je vois effectivement que j'ai un gros doute ou que le patient m'en parle ou que sur le bilan ou à l'examen clinique il y a quelque chose qui va pas là j'en parle systématiquement : est que le traitement est bien pris ? à quelle fréquence ? est-ce que voilà c'est tout le temps ?, est-ce que vous l'avez pris ces derniers temps ? systématiquement ! quand y a rien de particulier je l'aborde pas forcément.*

- JRO : est-ce qu'il y a un type de patients auxquels vous vous adressé plus facilement ?

- MG4 : *hum un type de patient ? hum alors je réfléchis, une tranche d'âge peut être... je peux pas trop vous répondre je sais pas trop si vraiment... non je pense pas que je m'adresse heu... heu souvent des pathologies chroniques c'est souvent des personnes la cinquantaine voir plus hein mais heu mais non j'ai pas de patients...*

- JRO : il y a un moment particulier de la consultation que vous trouvez privilégié pour aborder ce problème ?

- MG4 : *durant l'examen clinique ou en fin de consultation lors de la rédaction de l'ordonnance en fait, donc soit pendant l'examen clinique soit lors de la rédaction de l'ordonnance des traitements en fait. Donc c'est à ce moment si besoin j'aborde le sujet ou lors de la lecture d'un bilan biologique voilà si c'est perturbé ben voilà j'aborde...*

- JRO : de quelle manière vous l'abordez ?

- MG4 : *ah ben en posant directement la question : est-ce que vous prenez bien votre traitement ? est-ce que vous prenez tous les jours ? voilà, et en général, en général ça va les gens répondent facilement, ils répondent honnêtement, donc y en a qui le disent d'emblée quand par exemple à l'examen clinique une tension est élevée : ben ça fait quatre jours, cinq jours, une semaine que j'ai pas pris le traitement voilà, j'en avait plus ça fait un mois je suis pas revenu, enfin parfois ils le disent spontanément, mais voilà de ce côté-là...*

- JRO : vous n'avez pas de mauvaises réactions de patient lorsque vous leur demandez s'ils prennent bien ou pas leur traitement ?

- MG4 : *non pas dans mon souvenir ; en tant que remplaçante et collaboratrice parfois voilà pour certaines choses ils peuvent se sentir un peu agressés ou autre mais par rapport à l'observance non je n'ai jamais eu de souci heu concernant... voilà pour une question comme ça non ! ils me répondent honnêtement.*

- JRO : cas particulier du médecin généraliste qu'est la visite à domicile (elle coupe)

- MG4 : *ouai...*

- JRO : où la situez-vous dans les possibilités de recherches d'inobservances aux traitements ?

- MG4 : *c'est à dire ?*

- JRO : est-ce que vous trouvez que c'est un moment particulier, opportun ?

- MG4 : *alors je fais peu de visites à domicile. Heu je suis pas trop personnellement pour les visites à domicile sauf effectivement les personnes âgées qui peuvent pas se déplacer ou les bébés enfin voilà quand c'est indispensable... mais la visite à domicile en générale je trouve que c'est pas un moment, c'est pas propice vraiment à se poser... enfin à discuter avec le patient, à prendre beaucoup de temps parce qu'en général c'est vrai qu'on fait ça rapidement, on fait ça, on essaie de faire ça bien correctement hein, mais on va vraiment aller dans l'aigue dans ce qui va pas heu, et après toutes les questions qu'on peut poser au cabinet comme le dépistage, comme l'observance tout ça, bien sûr toujours comme ici lors de l'examen clinique si ça va pas je vais poser la question, mais c'est vrai que pour toutes les autres questions non c'est ... enfin je trouve que c'est pas propice à un examen plus complet la visite, c'est pour ça que je suis pas trop pour en fait.*

- JRO : d'accord, a contrario qu'est ce qui pourrait constituer un frein lors de vos consultations, au dépistage de l'inobservance thérapeutique?

- MG4 : *et ben une consultation trop rapide trop courte heu voilà pas de temps forcément on va à l'essentiel c'est surtout, c'est surtout ça, après par rapport aux patients enfin moi ça me gêne pas de leurs poser directement la question et puis ils sont pas gênés par rapport à l'observance thérapeutique ; non j'ai pas de souci ... non c'est surtout le temps en fait !*

- JRO : d'accord, la fatigue ça rentre en ligne de compte ?

- MG4 : *bien sûr, ouai bien sûr aussi. Donc heu la fatigue et le stress donc forcément ben on va, on va toujours à l'essentiel parce qu'on est fatigué et qu'on n'a pas forcément ... pas le temps pas envie ou on y pense pas parce que voilà on est fatigué effectivement.*

- JRO : est-ce que le fait de, de éventuellement de vous immiscer dans le domaine réservé d'un collègue spécialiste ça vous freine, ça vous gêne ?

- *MG4 : ça me gêne pas mais voilà j' ai mes limites et donc forcément je vais m' arrêter là où je sais pas, effectivement et je me fie à son avis et si j' ai un doute je l' appel directement, ça je n'ai aucun souci de ce côté-là. Donc mais bien sur voilà je vais pas changer un traitement mis par un spécialiste voilà ou un confrère...ça voilà ça si j'ai un souci je verrai directement avec lui, mais ça me gêne pas non.*
- *JRO : le fait que ça puisse être un travail frustrant ou fastidieux ça rentre en ligne de compte ?*
- *MG4 : de dépister l'observance... ?*
- *JRO : le dépistage oui.*
- *MG4 : non... heu...enfin je pense que ...*
- *JRO : quand vous disiez que c'était heu, que ça rajoute du temps à la consultation ?*
- *MG4 : ouai ça prend du temps ; non moi ça me gêne pas après je pense que ça fait partie de notre rôle aussi hein, après je pense que c'est aussi un peu à nous de gérer notre temps et de... voilà faire des consultations libres c'est plus à risque d'avoir du monde et de pas avoir de temps , les chroniques les voir plus en rendez-vous, se donner plus de temps ; donc tout ça je pense que c'est un peu à nous de le gérer alors forcément y a toujours du retard, toujours du stress mais je pense qu' on peut diminuer un peu tout ça et je pense que ouai non on est obligé de faire de la prévention c'est notre, c'est aussi notre métier aussi.*
- *JRO : est-ce que vous avez le souvenir d'une situation d inobservance particulière qui vous a marquée alors que vous pensiez que le patient était plutôt réceptif à votre discours?*
- *MG4 : je réfléchis (silence) non j'ai pas... alors j'ai remplacé beaucoup, je suis collaboratrice depuis deux ans donc c'est vrai que j'ai un regard assez, enfin... enfin*

du cabinet ici heu, ça fait longtemps que je suis ici, mais non dans mon souvenir j'ai pas de souvenirs de patient que je pensais observant et qui finalement ne l'a pas été. Heu y a des patients que je vois, des patients de Mr X que je vois qui sont pas du tout observants mais c'est je vous dit encore des diabétique en fait donc que c'est vrai que c'est surtout au niveau bilan biologique et peut être ouai... non j'ai vu avec Mr X un monsieur qui avait aussi finalement des soucis cardiaques enfin un bilan à faire de façon semi urgente on va dire , mais bon ce monsieur n'ai pas observant, il le dit voilà, il le dit clairement ça lui pose pas de soucis ; mais non dans mon souvenirs , non j'ai pas de souvenirs particuliers.

- JRO : et face à une situation où vous dépistez une non observance quel est votre sentiment : vous incriminez plutôt le patient ? vous vous incriminez vous ?

- MG4 : *heu j incrimine plutôt le patient je vous dirai parce que quand je sais que j'ai bien fait les choses et que j'explique...enfin parce que je vous avoue que j'explique systématiquement les risques de la non observance et parfois de plus en plus crument parfois pour certains cas heu en disant qu'il y a un risque de décès, un risque de mort et que voilà... je dis pas tout de suite hein bien sûr, mais quand je vois qu'un patient n'est pas observant je pense qu'y a un moment où faut qu'il soit conscient des risques qu'il prend, donc non quand j'ai été claire et que j'ai bien informé le patient je m'incrimine pas parce qu'il est maître de son corps et de sa santé et non je pense qu'il est capable de décider heu voilà... je vois pas pourquoi la faute serait toujours sur le médecin. Non à partir du moment où l'information a bien été délivrée j incrimine le patient. (sourire)*

- JRO : d'après vous qu'est ce qui permettrait d'améliorer heu la façon de dépister la non observance thérapeutique ?

- MG4 : *dans notre pratique à nous de médecin généraliste ?alors ça va être tout ce qui est publicitaire tout ça, je pense que ça peut aider un peu comme par exemple pour les antibiotiques les gens sont, maintenant qu'ils en ont entendu pas mal parlé demandent moins d'antibiotiques et parfois demandent même de ne pas en avoir, donc c'est tout le contraire parce que moi je suis arrivé en remplaçant où les patients étaient très demandeurs donc j'ai vu la différence donc ça nous a pas mal aidé ;*

donc je pense que oui tous les spots publicitaires, éventuellement toutes les affiches qu'on peut mettre dans les salles d'attentes ça peut nous aider. Après dans notre pratique à nous je pense qu'on est plus ou moins systématique hein lors de nos examens cliniques et tout donc je pense qu'on pratique peut être plus ou moins tous de la même façon heu... je sais pas, je vous avoue que là je vois pas ce qui pourrait m'aider ; en plus je me suis pas vraiment posé la question

- JRO : si on vous propose des formations ciblées à cet effet ?

- MG4 : *ouai moi ça m'intéresserait heu éventuellement bien sûr !*

- JRO : des outils?

- MG4 : *oui pourquoi pas ! c'est vrai qu'au niveau informatique des fois dans certains logiciels on a des rappels ça je pense que je pense que ça peut être bien ; effectivement si on a un outil de ce type là ça peut nous aider parce que effectivement y a des choses qu'on oublie auxquelles on pense pas, oui effectivement...*

- JRO : et les groupes d'échanges avec les pairs de façons régulière pour voir comment eux ils abordent l'observance thérapeutique ?

- MG4 : *ça peut éventuellement être bénéfique ça peut aider je crois. Je pense que la pratique des autres aussi, enfin moi je vous dis, toujours en tant que remplaçante, et même en tant que, durant mon internat voir la pratique de différents spécialistes ça m'a pas mal aidé pour ma propre pratique et je pense que revoir éventuellement avec d'autres c'est toujours bien.*

- JRO : y-a-t-il un élément particulier sur l'observance thérapeutique que vous voudriez aborder que je n'ai pas évoqué ?

- MG4 : *heu non je pense pas non.*

- JRO : merci.

ENTRETIEN NUMERO 5

- Jean-Raymond ODABACHIAN (JRO) : donc heu pour commencer qu'est-ce que pour vous un patient atteint de maladie chronique ?
- Médecin généraliste 5 (MG5) : *alors hum un patient atteint de maladie chronique c'est un patient qui doit apprendre à vivre avec sa maladie comme un compagnon afin de faire son suivi thérapeutique et les bilans qui nécessitent heu qui nécessitent l'équilibrage de cette maladie. Quand on a une maladie chronique, on est avec, bon théoriquement elle guérit pas, on l'a pour toujours.*
- JRO : et dans la pris en charge de ces patients qu'elle idée avez-vous de cette prise en charge ?
- MG5 : *beh j'allais dire une maladie chronique... bon on va donner des exemples hein : maladie cardiaque, maladie diabétique, maladie neurologique enfin quelques soit la maladie une fois que le diagnostic est posé bon ce qui est intéressant c'est d'avoir un traitement qui équilibre la personne et que le patient une fois qu'il est équilibré apprenne à vivre avec son traitement et ne l'oublie pas et continue de faire les examens nécessaires à l'équilibre de ce traitement*
- JRO : est-ce que vous avez déjà entendu parler du problème de l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques ?
- MG5 : *oui oui quand les gens n'observent pas leur traitement et ben on n'arrive pas à équilibrer hein à équilibrer les malades.*
- JRO : d accord vous avez été sensibilisé à ce phénomène ?
- MG5 : *c'est pas toujours facile, c'est pas le plus fréquent quand on a... moi je vois des patients, bon c'est vrai que on est aussi responsable au départ de leur expliquer leur maladie, de comprendre pourquoi, comment il faut faire pour qu'ils adhèrent au traitement, et après on a le déni aussi hein (je coupe)*

- JRO : je voulais dire est ce que vous vous avez déjà été sensibilisé au phénomène de la non observance lors de vos études ou lors de FMC

- *MG5 : plus heu, pas tellement pendant mes études parce que c'est vieux mes études et à cette époque-là on n'imaginait pas que les patient ne puisse pas suivre leur traitement (rire) si c'est ça la question ?*

- JRO : oui

- *MG5 : tandis que maintenant bon ben je dirai y a plus je dirai on se rend compte à l'usure que y a des traitements qui ne marchent pas et on se demande pourquoi et c'est peut-être parce qu'ils ne prennent pas...*

- JRO : à votre avis qu'elle est la place du médecin généraliste face à cette problématique de la non observance thérapeutique ?

- *MG5 : alors la place du généraliste je pense que c'est quand même un problème d'explication de la pathologie. Parce que maintenant on peut plus... autrefois les gens ils faisaient entièrement confiance à leur médecin, ils prenaient ... maintenant ils vont sur internet, ils cherchent, ils remettent tout en doute, « et qu'est-ce qu'il m'a dit ? », etc... donc ils mettent tout en doute si bien que ils sont pas toujours sur et puis ils n'acceptent pas toujours de prendre un traitement pour le restant de leur jours.*

- JRO : est-ce que vous avez l'impression du coup que l'observance thérapeutique dépend de celui qui a introduit le traitement ?

- *MG5 : c'est je dirais un peu de les deux hein, parce que j'allais dire c'est comme on signe, autrefois on ne signait pas les papiers médecin traitant, maintenant on signe les papiers médecin traitant, donc le fait de de vivre ensemble une*

pathologie je pense que c'est un peu comme un mariage quoi : il faut que les deux sachent qu'ils vont ensemble faire un bout de chemin dans ce sens-là quoi...

- JRO : au niveau du dépistage ou situez-vous le rôle du médecin généraliste ?

- MG5 : *au démarrage ? quand le patient vient pour certains symptômes ?*

- JRO : dans le dépistage de la non observance.

- MG5 : *ah ! dans le dépistage de la non observance...*

- JRO : la maladie chronique est installée, le traitement est installé : ou situez-vous la place du médecin généraliste dans le dépistage de cette non observance ?

- MG5 : *dès qu'il y a un dérèglement, dès qu'il y a un dérèglement du, du traitement par rapport au résultat escompté.*

- JRO : en termes de prise en charge le médecin généraliste est-il aussi en première ligne pour vous ?

- MG5 : *oui, oui*

- JRO : c'est lui qui doit résoudre le problème de cette non observance ?

- MG5 : *ben voir la raison pour laquelle l'autre a lâché hein, essayé de comprendre le pourquoi de façon à à essayer de revenir à une adhésion.*

- JRO : donc vous êtes installé depuis longtemps : dans votre patientèle qu'elles sont pour vous les conséquences d'une non observance ? elles se répercutent comment ?

- MG5 : *beh vers un retour à la case départ si je puis dire, quasiment. Quelqu'un qui se soigne plus heu beh je vais dire il devient déséquilibré et redevient malade, même s'il l'a toujours été.*

- JRO : et heu est ce qu'il est arrivé que une complication d'une maladie chronique, une complication aigue d'une maladie chronique fasse office de situation de dépistage ?

- MG5 : *ça peut... (silence) on peut très bien avoir je dirai un une hypoglycémie parce que le traitement est mal suivi... pas obligatoirement mais ça peut...*

- JRO : dans qu'elle circonstance abordez-vous une non observance thérapeutique dans vos consultations lorsqu' elle est dépistée?

- MG5 : *alors heu au moment de la consultation évidemment et au moment où les résultats ne sont pas bons.*

- JRO : les résultats biologiques ? cliniques ?

- MG5 : *biologique ou une hypertension hein ; c'est à dire une hypertension qui évolue il faut toujours se demander si le traitement est bien pris hein...*

- JRO : y a un type de patient que vous estimez plus à risque d'être non observant ?

- MG5 : *ceux qui n'acceptent pas d'être malade ; y en a qui n'acceptent pas aussi bizarre que ça arrive...*

- JRO : est-ce que vous privilégiez un moment de votre consultation pour abordez ce sujet ?

- MG5 : *le faire accepter le fait qu'on doit apprendre à vivre avec sa maladie.*

- JRO : vous l abordez de quelle manière ? la question directe...

- *MG5 : oui de façon directe. Bon c'est jamais très agréable de se faire découvrir une maladie chronique hein mais je dirais quelques part de savoir qu'après il faudra vivre avec sa maladie comme on vit avec le fait de manger boire et dormir hein. On a un traitement à prendre, faut le mettre à côté de son assiette, faut choisir le moment qui est le plus adapté par rapport, pas forcément au conseil du médicament, mais au moment où on pourra le prendre.*
- *JRO : quand vous trouvez chez un patient qu'il est non observant vous abordez aussi le sujet directement ?*
- *MG5 : savoir pourquoi il prend pas ses médicaments, parce que y a des gens qui n'arrivent à prendre leurs médicaments que le matin ou que le soir ou que... sinon c'est au moment des repas que les gens prennent leur médicaments.*
- *JRO : vous essayez de rechercher la non observance chez vos patients atteints de maladies chroniques de façon systématique ?*
- *MG5 : pas toujours non, parce que quand ils viennent déjà consulter c'est déjà une observance.*
- *JRO : pour vous le fait de consulter c'est être observant déjà ?*
- *MG5 : beh c est déjà se prendre en charge. Je pense que sinon on ne fait pas la démarche de revenir.*
- *JRO : pareil pour essayer de dépister ce problème de non observance où placez-vous l'utilité de la visite à domicile ?*
- *MG5 : chez les patients chroniques ?*
- *JRO : oui.*

- *MG5 : ben dans la visite à domicile, bon vous savez qu'on en faisait beaucoup autrefois, qu'on en fait beaucoup moins maintenant parce que la sécu nous demande de faire déplacer les gens. Bon. Il est un fait que les personnes qui sont âgées qui sont pas très mobile peuvent pas toujours se déplacer ou trouver quelqu'un pour venir, donc on y va hein. Si quelqu'un est au lit on y va aussi. Mais à domicile j'allais dire heu..., je dirais c'est encore un autre problème hein, parce que l'observance à domicile c'est facile d'aller faire les placards hein je dirai ; on pourrait très bien dire ou vous mettez vos médicaments et voir s'ils sont pris. Autrefois quand on faisait beaucoup de domicile on se rendait compte qu'il y avait des gens qui prenaient rien et qui faisait venir le médecin pour avoir une visite, une visite de courtoisie. C'était autre chose... je sais pas si vous comprenez ce que je veux dire ?*
- *JRO : c'était pour entretenir de bonnes relations... (elle coupe)*
- *MG5 : une vie sociale, pour avoir une vie sociale...*
- *JRO : et c'est à ce moment-là qu'on pouvait s'apercevoir que (elle coupe)*
- *MG5 : que tout était dans le placard. et ça on peut plus beaucoup le voir ça...*
- *JRO : vous le regrettez ?*
- *MG5 : la visite à domicile apporte beaucoup de chose quand même, beaucoup de renseignements sur la personne : ça façon de vivre, ça façon de comprendre... ça amène beaucoup plus de choses.*
- *JRO : a contrario qu'est ce qui pourrait pour constituer un frein au dépistage de la non observance thérapeutique en consultation ?*
- *MG5 : (long silence) c'est difficile...*
- *JRO : par exemple une difficulté à gérer le temps de la consultation ?*

- *MG5 : moi je mets une moyenne de un quart d'heure par personne ;bon je pense qu'en un quart d'heure bon quand y a une angine entre deux ou quelque chose qui va plus vite ça fait une bonne moyenne... en alternance ; je sais pas vous combien vous mettez mais j'allais dire moi je mets un quart d'heure de moyenne.*
- JRO : ça vous laisse le temps de pouvoir abordez ce sujet ?
- *MG5 : ça laisse quand même du temps d'aborder pas mal de sujets.*
- JRO : est-ce que vous faites entrer en ligne de compte la fatigue ou la lassitude ?
- *MG5 : de qui ? du patient ?*
- JRO : non la vôtre qui pourrait vous faire passer un peu plus vite et pas prendre le temps d'aborder le sujet.
- *MG5 : (silence) oui , je pense qu'on peut prendre ... moi je prends les rendez-vous moi-même : donc je sais à peu près par rapport au patient dans l'ordre où je vais les mettre quand c'est possible ; parce que y a des gens je sais qu'ils vont me prendre un temps fou ça sera pas un quart d'heure (rire) ; hier j'ai une dame elle m'a pris trois quart d'heure mais les trois quart d'heure je savais qu'elle allait me les prendre c'est toujours comme ça, c'est chaque fois comme ça. Puis vous avez des gens avec qui ça va, c'est plus cadré.*
- JRO : donc il faut savoir gérer son emploi du temps pour pouvoir abordez ce sujet-là ?
- *MG5 : je pense. Qu'avec un secrétariat c est pas si évident, parce que eux ils ne voient pas tout le coté, tout le coté...ils n'ont pas la connaissance des gens parce que finalement les gens fonctionnent toujours de la même façon.*

- JRO : est-ce que le fait de savoir qu'un patient sera réticent à vos conseils à vos ordonnances ça vous freine dans la recherche de cette non observance ?

- MG5 : *non, non ça freine pas. Le problème c'est qu'il faut faire reformuler ce qu'ils ont entendu parce que le problème c'est que le gens ne vous écoutent pas, ils parlent, ils vous écoutent pas (rires) je sais pas si vous avez déjà remarqué ça; mais ils s'écoutent eux, ils vont jusqu'au bout de leurs idées à eux mais ils n'ont pas envie de vous écouter.*

- JRO : est-ce que justement vous vous souvenez d'une situation de non observance particulière chez un patient que vous pensiez bien à l'écoute et réceptif à votre discours ?

- MG5 : *non ça me dit rien. Mais c'est pas facile, je reconnais c'est pas facile de rechercher ça parce que les gens sont dans ... ils viennent dans une certaine optique et...ce qui les intéressent quelques fois c'est pas ce que vous allez leur donner hein ; ils viennent chercher autre chose : y en a qui viennent chercher le somnifère ou je ne sais quoi...*

- JRO : donc y a certains patients qui seraient plus observant pour ce qu'ils viennent chercher que pour... (elle coupe)

- MG5 : *ah pour ce qu'ils viennent chercher ça y a pas de soucis, mais la pathologie à côté que vous dépistez lorsqu'ils viennent ça heu... s'ils l'ont pas bien encadrées, pas bien compris c'est sûr qu'ils vont pas être observant...*

- JRO : donc selon vous à qui incombe la faute de la non observance : au patient ? au médecin ? au deux ?

- MG5 : *aux deux forcements. Tout le monde est responsable.*

- JRO : si vous avez bien informé votre patient si vous avez plusieurs fois essayé de le sensibiliser...

- *MG5 : il faut le refaire reformuler, il faut voir s'il a bien compris, s'il a bien compris l'intérêt... pas évident hein ? (sourire)*
- *JRO : vous interrogez vos patient sur ce qu'ils ont compris de leur maladie chronique ?*
- *MG5 : certains oui ; parce qu'il y a des gens qui savent déjà tout, j'allais dire cela vous allez rien leur apprendre, mais y en a il faut vraiment les faire répéter ce qu'ils ont compris.*
- *JRO : et ceux qui savent déjà tout sont plus observant que les autres ?*
- *MG5 : pas sur mais eux ils ne sont pas prêt à apprendre quelques choses.*
- *JRO : pourquoi ?*
- *MG5 : parce qu'ils savent tout (rire)*
- *JRO : qu'est ce qui pour vous permettrait d'améliorer votre manière de dépister ce problème de non observance thérapeutique dans votre pratique quotidienne ?*
- *MG5 : leur donner un questionnaire peut être...*
- *JRO : à quelle fréquence vous verriez ça?*
- *MG5 : oh pas tous les mois ! une fois tous les 6 mois peut être ; une fois par an.*
- *JRO : vous faire aider par des formations ciblées qu'est-ce que vous en pensez ?*
- *MG5 : ça peut être intéressant mais ça les formations au plus vous arrivez en âge et plus ça devient dur d'y aller. (rire) Quand on est jeune on est content d'y aller, quand on arrive à un certain âge c'est fatigant, ça devient dur.*

- JRO : est-ce que des outils intégrés dans votre logiciel médical ça pourrait être utile ?
- *MG5 : si, ça ça peut être intéressant...*
- JRO : et que pensez-vous des groupes de paires pour échanger ?
- *MG5 : j'ai déjà fait, c'était intéressant.*
- JRO : à quels types de groupes vous avez participé ?
- *MG5 : des groupes sur différents sujets hein hypertension sur des choses comme ça.*
- JRO : donc vous avez trouvé que c'était bénéfique d'échanger avec des collègues ?
- *MG5 : oui c'est toujours intéressant ; c'est très difficile quand on fait ça après la journée donc ça c'est difficile ; en plus de ça quelques fois il faut faire quelques kilomètres avec la voiture comme vous ce soir.*
- JRO : est-ce que c'est un sujet, la non observance thérapeutique, auquel vous apportez plus attention aujourd'hui qu'en début de carrière ?
- *MG5 : oui heu en début de carrière on pense pas que ça peut arriver. Je pense, enfin pour moi, en ce qui me concerne, peut être que maintenant on l'apprend à la fac mais à l'époque on apprenait pas ça à la fac.*
- JRO : est-ce que il y a un élément concernant ce sujet que vous voudriez aborder et auquel je n'ai pas pensé ?
- *MG5 (long silence) le pharmacien peut être non ? le pharmacien qui délivre les médicaments.*

- JRO : il doit faire parti de la chaine ?

- *MG5 : il en fait bien partie pour certains médicaments, pour les toxiques et les hein...donc heu je dirai, bon il aurait peut-être pas le temps dans la journée mais je pense que ils peuvent être concernés également.*

- JRO : est-ce que vous incluez à ce moment-là aussi les infirmières ?

- *MG5 : les infirmières lorsqu'il y a des prescriptions de piqûre oui hein, oui.*

- JRO : ou alors pour la délivrance de traitements ?

- *MG5 : oui.*

ENTRETIEN NUMERO 6

- Jean-Raymond ODABACHIAN (JRO) : tout d'abord pour commencer qu'est-ce qu'un patient atteint de maladie chronique ?

- Médecin généraliste 6 (MG6) : *ca c'est une très très bonne question je vous avoue je ne me suis jamais penché sur le problème. Oui écoutez c'est peut être quelqu'un qui se sent diminué ou qui vit mal sa maladie ; mais voilà, enfin de toute façon à partir du moment où il y a une maladie chronique qui est apparue il faut la prendre en charge et la soigner du mieux possible et puis ...c'est vrai que j'avoue que... j'avoue que je suis pas particulièrement attentif au ressenti du patient. Bon si il s'exprimé-j'écoute, s'il ne s'exprime pas je ne vais pas au-devant de ses questions.*

- JRO : quelles idées avez-vous de la prise en charge de ces patients atteints de maladie chronique ?

- MG6 : *oh écoutez une idée bêtement médicale c'est-à-dire on essaie d'améliorer heu, d'équilibrer sa maladie, d'améliorer ses suivis de tension, d'améliorer son son diabète, d'éviter les complications et et parfois nécessiter des examens complémentaires, parfois répéter des avis spécialisés et c'est vrai que ça c'est pas toujours bien accepté par le patient. Mais bon c'est ça le but, et au bout du compte le patient va nous juger en théorie... en théorie on espère être jugé sur le résultat final et sur, et sur... (silence) et même si en court de route il y a des choses désagréables pour lui : la prise de médicaments, les consultations, les examens complémentaires...Mais bon je pense que tous les patients n'ont pas cet avis-là : quelques fois ils voudraient être tranquilles tout simplement (rires).*

- JRO : est-ce que vous avez déjà entendu parler du problème de l'observance thérapeutique pour ces patients atteints de maladie chronique ?

- MG6 : *oui oui on sait bien que c'est un des gros problèmes quelques soit la maladie chronique en question d'ailleurs je crois.*

- JRO : vous avez été sensibilisé à l'importance de ce phénomène via des formations, via vos études ?

- MG6 : *non non non pas du tout pendant mes études, pas vraiment pendant des formations : je n'ai pas dit oui quand on m'en a proposé éventuellement, si ça s'est produit une fois ou l'autre.*

- JRO : à votre avis quelle est la place du médecin généraliste face cette problématique de la non observance ?

- MG6 : *heu différents éléments : on passe pour un con parce que les chiffres d'hypertension ne se normalisent pas malgré heu divers traitements : évidemment quand on apprend que le patient ne prend pas son traitement on comprend. Donc ça s'est le premier point. Alors on essaie de se battre pour leur faire comprendre la nécessité de leur traitement régulier. Mais bon c'est un défi hein ; et de toute façon comme le patient avoue rarement qu'il ne prend pas ses, ses traitements... bon quand il ne fait pas ses examens on le sait parce que on a pas les résultats, s'il ne voit pas le spécialiste on a pas le courrier, s'il ne prend pas son traitement très souvent on ne le sait pas hein, on peut le suspecter mais tant que le patient nous a pas dit « oui j'ai tout arrêté » heu...c'est un défi !*

- JRO : alors justement qu'elle est la place du médecin généraliste vis-à-vis du dépistage dans la non-observance?

- MG6 : *oh quand on pose la question de front en règles générales la réponse est mensongère hein. (silence) hum moi je pose assez régulièrement la question au patient hypertendus par exemple : « vous êtes en panne de médicaments depuis plusieurs jours ? » (rires) bon donc heu ça peut permettre de voir si le traitement a été... ouai... si le patient est à court de traitement si le patient n'a, pas pris n'a pas pris ce médicament volontairement... heu bon petite possibilité de surveillance en*

fonction de la fréquence à laquelle le patient revient aussi : c'est sûr que s'il n'a plus de médicaments un mois plus tard que la date prévue a priori y a un problème.

- JRO : et au niveau de la prise en charge que doit faire le médecin généraliste une fois qu'il a dépisté un problème de non-observance pour vous ?

- MG6 : *ah beh ça c'est le gros problème : je n'ai pas la réponse hein ! pourquoi les médicaments ne sont pas pris, problèmes de tolérances, d'imaginations diverses... bon voilà problème très compliqué moi je n'ai pas la solution hein.*

- JRO : à votre avis dans votre patientèle quels sont les conséquences de cette non observance en terme d'efficacité ?

- MG6 : *ah beh je n'ai strictement aucun chiffre mais je sais que par périodes certains patients prennent mal ou ne prennent pas leurs traitements ; il y a quelques semaines je me suis véritablement fait engueulé par un patient parce que, c'est un diabétique qui voulait me voir tous les trois mois, donc tous les trois mois il avait son dosage d'hémoglobine glyquée et puis quand on revoit le patient tous les trois mois, somme toute, la consultation chez le cardiologue ou chez l'ophtalmo ça revient très vite hein, toutes les quatre consultations et donc incontestablement je lui cassait les pieds en voulant l'inciter à faire ça... bon je me suis dit que j'allais plus le revoir , au bout du compte il est revenu quand même (rires) assez surprenant !*

- JRO : est-ce que vous êtes fréquemment rencontré à des complications aiguës de maladies chroniques comme moment de dépistage ?

- MG6 : *ho non quand même pas souvent hein (il souffle) non, non honnêtement je ne pense pas.*

- JRO : vous arrivez à dépister ce problème avant quand même d'en arriver à des complications aiguës type décompensation ?

- *MG6 : écoutez, je n'ai pas je n'ai pas d'exemple heu en tête où il y ait eu une décompensation sévère lié à un arrêt de traitement... non, non... peut-être... ouai, non j'ai pas d'exemple en tête !*

- *JRO : dans votre, lors de votre consultation à quel moment vous abordez ce problème de non observance ?*

- *MG6 : écoutez, de manière irrégulière je pose parfois la question, mais alors parfois c'est heu, je sais pas heu, peut être une consultation sur quatre une consultation sur cinq je pose la question de la prise régulière des médicaments, heu mais, mais je sais très bien que la réponse du patient n'a pas beaucoup de valeur hein, il y a rarement des patients qui avouent « ah oui oui, c'est vrai je prends jamais vos médicaments ! », je pense que la plupart du temps les patients ne l'avouent pas, donc quand je trouve chez un hypertendu des chiffres, des chiffres élevés ou inhabituellement élevés, je pose la question par l'intermédiaire de « la panne de médicaments ».Heu c'est vrai, bon ensuite c'est très difficile vous savez bien, chez le diabétique son hémoglobine glyquée est élevée pourquoi ? parce qu'il bouffe comme un cochon ?parce qu'il ne prend pas ses médicaments ? on sait pas ! donc heu c'est, c'est amené à revoir l'ensemble des choses, au bout du compte on ne sait jamais si les médicaments sont pris correctement ou pas. Bon chez les insuffisant cardiaque heu ça c'est décompensé pourquoi ? on n'en sait rien au bout du compte : ils ont mangé plus de sel que d'habitude, ils ont abandonné un médicament ? bon on sait pas... non non on sait pas. enfin moi je pense que la plupart du temps, la plupart du temps on sait pas ! quand on sait qu'en dermatologie l'essentiel des échecs, enfin là on est pas dans la maladie chronique mais enfin ce sont des maladies heu de type eczéma ou psoriasis qui d'une certaine manière sont des maladies chroniques, on sait bien que la majorité des échecs sont dus à des arrêts de traitement hein. Bon là le patient paie l'addition tout de suite !heu l'hypertendu paie pas l'addition tout de suite et le diabétique pas vraiment non plus hein ; moi je pense qu'on passe à côté de beaucoup de beaucoup de mauvaise observance sans le savoir.*

- *JRO : vous ne ciblez pas particulièrement un type de patient ?*

- *MG6 : non surtout ceci est mauvais, non mais je pense hein. je pense de toute façon qu'il y a un certain nombre d'études ou d'enquêtes là-dessus que beaucoup de maladies chroniques sont, sont en fait... qu'il y a une mauvaise observance des, de nombreux patients hein.*
- JRO : quand vous dépistez une non-observance malgré tout est ce que vous échangez par ailleurs avec le collègue spécialiste concerné ?
- *MG6 : heu (il souffle) éventuellement dans le courrier suivant, la consultation suivante, avec une certaine culpabilité toujours parce que j'ai l'impression d'être le délateur dans l'histoire. Donc j'aborde plutôt le sujet avec le patient, mais bon de temps en temps je mets un courrier quand même enfin quand je suis certains en tout cas, ce qui bon au bout du compte est assez rare.*
- JRO : par ailleurs, phénomène de plus en plus rare, mais pour vous quelle est la place de la visite à domicile dans la tentative de dépistage de non observance ?
- *MG6 : hummmmmm je vais de moins en moins à domicile pour toutes les raisons que l'on connaît, mais c'est sûr que quand on va domicile et qu'on voit une armoire pleine de médicaments on a vite compris que les médicaments ne sont pas pris hein. Quand on ne va pas à domicile on sait pas, ça c'est sûr.*
- JRO : donc pour vous ça reste, la visite à domicile, un moyen de pouvoir (il coupe)
- *MG6 : ça reste un moyen théorique de dépistage de non observance ouai. Mais bon ça ne justifie pas pour autant un passage à domicile. Ah moi je pense vous savez que si le patient n'est pas adulte et ne veut pas se prendre en charge tant pis pour lui hein. On peut essayer de le convaincre hein mais si il veut pas entendre tant pis pour sa pomme.*
- JRO : a contrario justement qu'est ce qui peut constituer un frein au dépistage de l'observance en consultation ?

- *MG6 : ah beh le mensonge du patient. De toute façon je pense que la majorité des patients n'avouent pas qu'ils ont, qu'ils ne prennent pas les médicaments. Ecoutez, je vois à domicile, mais c'est quelqu'un chez qui je ne peux pas aller voir dans les armoires, une dame diabétique hypertendue heu très mauvaise surveillance parce que elle ne coopère pas du tout et puis depuis quelques mois j'avais observé une augmentation de ses chiffres de tensions, mais j'ai mis trois ou quatre mois pour qu'elle me dise « de toute façon j'ai plus personnes pour aller à la pharmacie et moi je ne sors pas donc je ne prends pas mes médicaments depuis plusieurs mois », beh oui d'accord donc j'avais compris.*

- *JRO : est-ce que pour vous malgré tout le temps, le temps que vous passez en consultation par patient c'est un facteur limitant à ce dépistage ?*

- *MG6 : (silence) écoutez, je pense que si on veut consacrer plus de temps, enfin-moi si je consacre plus de temps aux patients, je passe déjà pas mal de temps avec les patients, heu je ne le passe pas vraiment à les questionner sur la prise des médicaments. En considérant que de toute façon s'ils veulent pas me le dire, ils me le diront pas et heu...voilà...on peut passer beaucoup de temps sans avoir de réponses, de toute façon y a d'autres choses à faire !*

- *JRO : c'est pas un élément que vous éludez, l'observance thérapeutique et son dépistage, par manque de temps, fatigue, lassitude ?*

- *MG6 : pas par manque de temps non, (il souffle) non enfin moi j'estime que je ne l'élide pas, pas totalement heu... mais de toute façon on est bien obligé de faire confiance au patient ! si si si... voilà... et comme le patient sait que s'il ne prend pas le médicament forcément sa maladie ne va pas évoluer dans le bon sens... mais il n'est pas toujours conscient que ça peut être dangereux et donc que voulez-vous ? il sait bien que c'est une espèce de jeu du chat et de la souris que le patient ne prend pas ses médicaments. Donc heu c'est tellement facile de dire « beh oui les médicaments je les prends », point c'est tout sans autres choses, histoire de pas se faire accuser de négligences.*

- JRO : vous rappelez fréquemment les risques de complications à vos patients des maladies chroniques ?

- MG6 : *pour le diabète oui, mais peut être trop, pour l'hypertension la plupart du temps je vous avoue non ou très peu en tout cas. Bon l'insuffisance cardiaque se sont des gens qui sont à peu près au courant car ils ont eu au moins, au moins une décompensation au départ heu... bon...quels autres maladies chroniques ?globalement c'est ça hein, bon oui les maladies neurologiques on n'est pas vraiment concernés vous savez. Voila.*

- JRO : donc vous m'avez parlé d'un souvenir particulier d'une patiente qui ne prenait plus ses traitements. Quelle a été votre sentiment, votre réaction par rapport à cet aveu ? vous avez plutôt négativement accueilli la nouvelle ? ou de façon positive pour repartir sur de nouvelles bases ?

- MG6 : *oui je crois que j'ai fait ça très bien mais ça n'a pas eu l'effet escompté (rires) parce qu'elle ne les prend toujours pas et ce qui est amusant c'est qu'elle continue à m'appeler ! bon je n'ai pas bien compris pourquoi, j'ai en tout cas hésité à lui dire « bon écoutez si vous ne prenez pas vos traitements je ne viendrai plus », je ne l'ai pas fait non plus... bon voilà... une espèce de statu quo merdique... non non ça n'a pas été négatif, je ne l'ai pas engueulée, certains patients croient qu'on va les engueuler, je n'ai jamais engueulé un patient. Humm je lui ai demandée si y avait pas moyen de se faire livrer les médicaments, si quelqu'un ne pouvait pas aller les chercher, voilà c'est plutôt dans ce domaine-là que j'ai cherché à travailler, mais sans résultats jusqu'à maintenant.*

- JRO : et devant ce type de situations vous estimez que (il coupe)

- MG6 : *je suis totalement désarmé totalement désarmé*

- JRO : que c'est votre faute ?

- MG6 : *ah beh non non non non*

- JRO : la faute du patient ? les deux ? la relation médecin –malade qui est en cause ?

- MG6 : *ah beh oui bien sûr tient, c'est parce que le médecin est mauvais !!! non mais c'est le truc habituel la relation médecin-patient voyons. Ecoutez, je ne sais pas, mais en tout cas au départ c'est quand même le patient qui est responsable. Heu je ne fais pas de la médecine expéditive vous savez, je passe une vingtaine de minutes avec mes patients, heu donc heu, quand c'est pas plus, bon allé on va dire une vingtaine de minutes, heu ... non écoutez je... je m'avoue quand même un peu désarmé devant ces patients qui viennent, ils savent très bien qu'on va leur prescrire des médicaments et puis ils ne les prennent pas, ils les prennent mal ou un jour sur deux bon j'avoue que j'ai un peu de mal à comprendre... donc heu oui j'essaie de leur rappeler l'intérêt de leur traitement mais bon au bout du compte c'est le patient qui a les armes en mains hein.*

- JRO : d'après vous qu'est qui vous permettrait d'améliorer votre manière de dépister ce problème ?

- MG6 : *heu heu je ne sais pas.*

- JRO : des outils informatiques ?

- MG6 : *oh non*

- JRO : des formations ciblées ?

- MG6 : *je suis septique... l'informatique non ! ah destination de l'appareil ! oui formation ... bon écoutez est ce qu'il faut vraiment au bout du compte ? est-ce que le patient n'a pas suffisamment d'informations par la presse, la radio, n'importe quoi,*

par nous aussi sur la nécessité de de se traiter quand on se, quand on prescrit un traitement, un médicament. Non écoutez, moi je pense que c'est probablement sans solutions. Et globalement les français ils ont quand même pas mal d'informations, quelques fois trop d'informations médicales, celui qui ne veut pas prendre ses traitements que voulez-vous... non j'ai vraiment du mal à comprendre !

- JRO : est-ce que d'échanger avec des paires, en groupes (il coupe)
- MG6 : *plus à mon âge ! (sourire)*
- JRO : y a-t-il un élément concernant l'observance thérapeutique et son dépistage que vous voudriez aborder et que je n'ai pas cité ?
- MG6 : *non non non c'est vrai que ça reste une grande énigme pour moi : cette dame qui continue à m'appeler alors qu'elle ne prend plus ses médicaments ça va faire six mois hein... bon j'avoue que ça m'échappe quoi.*
- JRO : merci.

ENTRETIEN NUMERO 7

- Jean-Raymond ODABACHIAN (JRO) : pour commencer qu'est-ce que pour vous un patient atteint de maladie chronique ?

- *Médecin généraliste 7 (MG7) : heu un patient qui nécessite des soins réguliers, avec une prise en charge médicamenteuse ou humaine ou heu infirmière, enfin kiné, un patient qui nécessite des soins de façon chronique, de façon régulière pas forcément quotidienne mais de façon régulière. Il peut y avoir des intervalles de temps libres entre les, sans soins mais heu il y aura nécessité de soins tout au long de sa vie.*

- JRO : quelles idées vous faites-vous de, de plus précisément de cette prise en charge chez ces patients ?

- *MG7 : heu beh les fameux sept, sept items de la médecine générale dont on nous parle... bon une prise en charge humaine, un soutien : un soutien psychologique, un accompagnement dans la maladie, un accompagnement heu, enfin on va diriger le patient aussi vers d'éventuels spécialistes ou, enfin d'autres spécialités médicales heu un accompagnement avec les autres acteurs de santé : les infirmiers, les kinés, etc. heu pris une charge médicamenteuse forcément, enfin pas forcément aussi et puis... oui la question c'était : comment...*

- JRO : quels sont pour vous plus précisément les, comment voyez-vous la prise en charge de ces patients atteints de maladie chronique ?

- *MG7 : donc l'accompagnement, prise en charge médicamenteuse... voilà oui ça me semble pas trop mal (rire)*

- JRO : est-ce que vous avez déjà entendu parler du problème de l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques ?

- MG7 : oui, oui forcément !

- JRO : donc vous y avez été sensibilisé durant vos études, des FMC, par d'autres intervenants ?

- MG7 : durant mes études : pendant les stages chez le praticien niveau 1, niveau 2, pendant les groupes d'échanges de pratiques ça avait été évoqué ou même avec les, avec les maîtres de stages on en avait parlé. En FMC heu pas pour le moment, enfin je suis des FMC et j'ai, pour le, sur les groupes que je suis le sujet n'a pas encore été abordé, on n'a pas encore des réunions à thème la dessus.

- JRO : à votre avis qu'elle est la place du médecin généraliste face à cette problématique de la non observance ?

- MG7 : heu, heu beh on est au premier rang (rire) ! donc c'est ... je pense que c'est à nous de d'essayer d'être vigilant, on parle de la non observance, donc d'essayer de déceler, d'évaluer l'observance de nos patient et peut-être sensibiliser l'entourage ou les, ou les, si les traitements sont préparés par les infirmières ou heu essayer de sensibiliser aussi les accompagnants auprès des patients.

- JRO : d'accord. Pour, est ce que vous avez l'impression que l'observance thérapeutique du patient à son traitement dépend de celui qui introduit le traitement ou pas uniquement ?

- MG7 : ah c'est un facteur ! pas le seul facteur heu mais c'est un facteur. Je me souviens d'un prof de fac qui disait qu'il fallait vendre un médicament au patient, enfin la manière avec laquelle il présentait, la manière avec laquelle, comment, comment on l'introduit, comment on le présente, comment on l'explique, heu ça joue énormément sur le ressenti du patient par rapport à son traitement et l'observance.

- JRO : en termes de prise en charge lorsque vous dépistez une non observance où situez-vous votre rôle en tant que médecin généraliste ?

- MG7 : *heu, heu une fois que c'est dépisté, une fois qu'on s'est rendu compte que le patient n'était pas observant, je pense que notre rôle c'est de, de, alors je sais pas si je vais répondre à la question, notre rôle c'est peut-être d'essayer de voir pourquoi il n'y a pas d'observance, ce qui bloque, les facteurs qui bloquent (les effets indésirables, la présentation etc. l'heure de prise) et puis essayer d'en discuter avec le patient pour voir ce qui bloque et soit adapter le traitement ou peut être corriger certaines idées reçues etc. pour améliorer l'observance. Donc notre rôle est vraiment, ouai bref c'est notre rôle je pense : on est les premiers acteurs c'est à nous de voir...*

- JRO : avez-vous le sentiment d'être isolé face l'inobservance d'un patient a son traitement ?

- MG7 : *pas plus que dans les autres domaines de la...pas forcément, pas plus que pour les autres domaines d'activités, enfin on fait un boulot ou on est seul face au patient, donc isolé on l'est toujours plus ou moins. Pas plus dans ce secteur-là.*

- JRO : a votre avis dans votre patientèle quelles sont les conséquences de la non observance tout d'abords en termes d'efficacité ?

- MG7 : *heu beh forcément une perte d'efficacité, une perte de chance pour le patient. Heu une ascension thérapeutique qui peut parfois être... une ascension thérapeutique donc si on prend le cas de l'hypertension, un patient qui prend pas son traitement on s'en rend pas compte, une tension toujours pas équilibrée, on majore, on majore avec beh forcément conséquence ... donc oui ça l'ascension thérapeutique ; majoration des, du couts pour la société : parce que si on prescrit plus que le patient nous les prend à la pharmacie et les prend pas chez lui, parce que des patients qui font des stocks je pense qu'il y en a... heu j'aurai peut-être dû mettre en un les conséquences pour la maladie, l'évolution de la maladie du patient, je trouve ça plus important... voilà l'équilibre de la pathologie et puis l'ascension thérapeutique.*

- JRO : du coup en termes de complications, est-ce qu'une décompensation aiguë d'une maladie chronique ça fait office de dépistage souvent ou pas ?

- MG7 : *heu non, moi j'évoque pas spontanément mais c'est vrai que ça peut être un... mais spontanément j'évoque pas en cas de décompensation un problème d'observance. Heu je cherche plutôt un facteur déclenchant, en cas de diabète ou en cas de... mais c'est vrai...oh si remarquez, pour les patients diabétiques on y pense quand même quand ça décompense... oui c'est un facteur à rechercher je pense effectivement.*

- JRO : lors de vos consultations justement dans quelles circonstances vous abordez le sujet de la non observances thérapeutique ?

- MG7 : *beh je me suis rendu compte après que vous m'avez contacté pour l'entretien que c'était quelque chose que je recherchais pas forcément et j'ai, forcément, en ayant été sensibilisé par ça, j'ai essayé de voir un peu comment amener les choses. Il me semblait qu'il y avait des questions à poser pour évaluer un petit peu l'observance, mais je me souviens plus trop heu, y avait une grille je crois qui existait pour ça, mais j'ai pas retenu, et donc non, après c'est la quantité de médicaments : « vous prenez combien de médicaments le matin, le midi, le soir » pour évaluer voir si ça correspond avec l'ordonnance, heu la tolérance, ça j'essaie d'être vigilant sur la tolérance etc. ça donne une idée aussi sur l'observance peut-être, mais voilà c'est vrai que j'y pense pas forcément spontanément.*

- JRO : donc ce n'est pas un sujet que vous abordez de façon systématique et auquel vous donnez une fréquence particulière ?

- MG7 : *non, non je devrais mais non.*

- JRO : est-ce que tout de même vous estimez que vous avez des patients plus à risque d'être inobservants et que vous devez plus facilement tester par rapport à ça ?

- MG7 : *heu, heu je sais que j'ai certains patient qui sont très très mal observant pour qui j'ai déjà essayé d'évoquer, d'évoquer les choses mais qui se ferment assez, qui se ferment, du coup parfois on laisse un petit peu courir ; hum certains patients pour qui j'ai des doutes, heu beh notamment avec des difficultés à équilibrer certains traitements etc. enfin certaines pathologies et heu...oui mais c'est, après on essaie de, on en parle une fois, deux fois, trois fois, on essaie d'aborder les choses par différents angles et puis à chaque fois ça va dans le mur, ça va dans le mur, après y a peut-être un petit, un laisser- aller à dire bon ben... parfois...*

- JRO : *et quand malgré tout vous essayez d abordé le sujet, il y a une manière particulière ? vous essayez la question directe, indirecte ?*

- MG7 : *heu ça dépend la personne, ça dépend le patient en fait : des patients avec qui il faut être un peu direct, d'autres où est ce, l'abordez de façon indirecte faut pas... je pense qu'il faut pas essayer, que le patient ait l'impression de se sentir piégé par, c'est pas non plus une confrontation, parfois les consultations c est confrontations, mais heu... de manière directe la plus part du temps : « est ce que vous prenez... » ou, oui non c'est le plus souvent direct quand même.*

- JRO : *est-ce que si vous dépistez une non observance par ailleurs dans le domaine d'un collègue spécialiste, vous allez échanger avec lui heu directement ou à postériori par du courrier ?*

- MG7 : *heu oui on peut, ça peut faire partie des, peut-être pas forcément directement parce que sauf en cas d'urgence je décroche rarement mon téléphone pour parler d'un patient ; souvent par courrier, et oui dans le cadre d'un suivi et mettre, faire comprendre au correspondant que j'ai des petits doutes sur l'observance et voir ce que lui en pense et puis... oui ça peut être abordé.*

- JRO : *cas à part dans la pratique de la médecine générale : ou situez-vous la place de la visite à domicile heu pour éventuellement dépister une non observance thérapeutique ?*

- MG7 : *c'est sûr que à la maison, on voit, à domicile, en situation, on voit où reste rangé le pilulier, on voit comment ils gèrent, comment ils gèrent si c'est... ils prennent dans la boîte au fur et à mesure ; rien que le fait de débiller, l'utilisation des blisters y en a c'est le bazar, y en a plein partout, y en a qui vont dans l'ordre, y en a qui, chez qui les boîtes sont bien rangées... donc je pense que ça peut donner un indice ; maintenant je pense dans la visite à domicile, on est chez les gens, on est pas chez soit on va pas commencer à aller fouiller dans les placards etc. je pense qu'il faut pas non plus être trop invasif ; ça peut, ça doit être, je pense que ça doit être un peu plus facile d'avoir une idée ou d'être éveillé à domicile au vu du contexte, donc oui ça peut être plus facile à domicile qu'en consultation.*

- JRO : *a contrario qu'est qui peut constituer un frein au dépistage de cette non observance en consultation ?*

- MG7 : *heu le médecin si il y pense pas, le patient si il est en opposition et si enfin, si il ne, s'il veut pas dire la vérité par rapport à ça. Mais le médecin si, principalement le médecin je pense quand même.*

- JRO : *ça vous arrive souvent d'avoir des patients qui refusent d'être mis en cause dans l'échec de leur traitement ?*

- MG7 : *oui !... enfin souvent...y en a. Si on devait parler en pourcentage, en pourcentage... enfin ceci dit sur tous mes patients ça doit se compter sur les doigts de deux mains : je dois avoir une dizaine de patients chez qui, ce dont je parlais tout à l'heure : je me doute, j'essaie d'aborder mais y a un frein, y a un frein, y a un frein, systématiquement !*

- JRO : *heu par ailleurs est ce que le problème à gérer temps de la consultation en lui-même ça peut être un facteur limitant à votre recherche ?*

- MG7 : *heu oh non, non parce que, non si il faut consacrer du temps à ça, on consacre du temps à ça !*

- JRO : est-ce que par ailleurs vous faites entrer en ligne de compte des problèmes d'affects personnels pour rechercher ce problème de non observance thérapeutique tels que la fatigue, la frustration, les échecs répétés dans ce domaine ?
- MG7 : *les affects ? mes affects à moi ?*
- JRO : oui.
- MG7 : *oh consciemment non, inconsciemment surement, heu... oui surement, parce que beh forcément heu j'imagine... consciemment non mais ça doit être, ça doit rentrer en compte !*
- JRO : est-ce que vous avez le souvenir d'une situation de non observance particulière chez un patient que vous pensiez bien à l'écoute de vos conseils et réceptif à votre discours ?
- MG7 : *(silence) oui enfin j'ai le cas de, j'ai, enfin réceptif je suis pas sûr, compliant et disant amène à tout oui, mais réceptif non... non j'ai pas vraiment de souvenirs où... de patient dans ce sens-là non.*
- JRO : quand vous dépistez une non observance chez un patient, d'une manière générale vous incriminez le patient, vous-même, votre relation avec le patient ?
- MG7 : *les trois, je pense que les trois jouent, de là à les classer je saurai pas, mais oui je pense que les trois jouent.*
- JRO : y a pas quelqu'un plus responsable dans ce domaine ?

- *MG7 : (long silence) non beh non parce que je pense que c'est vraiment un tout, c'est difficile de dissocier heu, de dissocier les trois : c'est le patient, soi et notre relation, enfin c'est le triptyque.*

- *JRO : donc justement comment faites-vous pour faire coïncider les besoins du patient et vos objectifs thérapeutiques a vous ?*

- *MG7 : beh je sors les rames et puis je galère comme tout le monde je pense (rires) ! ben c'est toujours dans la relation, déjà essayer de cerner, de cerner le ressenti du patient par rapport à sa pathologie, cerner les effets indésirables du traitement, heu expliquer moi clairement mes objectifs. Alors parfois clairement, parfois me fixer moi dans ma tête ou sur le dossier des objectifs à moyen/long termes et puis passer par des objectifs intermédiaires avec le patient, et puis quand, quand parfois c'est un peu compliqué aussi, que je sens qu'y a pas d'adhérence au discours ou qu'y a une certaine réticence de la part du patient ou une remise en cause, poser clairement la question au patient sur ce qu'il pense de ce que je lui dit, sur son, comment il envisage les choses, s'il me fait confiance !*

- *JRO : est-ce que c'est un problème auquel vous portez plus attention maintenant qu'en début de carrière ?*

- *MG7 : heu oui ! parce que oui, par ce que je me rend compte, j'imagine enfin... quand j'étais remplaçant j'avais un avis un peu critique heu sur, enfin critique mais pas dans le mauvais sens du terme, par rapport à la pratique des gens que je remplaçais, me dire tiens je ferai différemment, je ferai comme ça quand je serai installé, je ferai... donc je m'étais créée une sorte de relation de cabinet idéale, et j'ai essayé de mettre ça en place de façon un peu, heu peut être un peu rigide au début de mon activité. Je me suis rendu compte que ça allait, qu'on allait dans le mur dans certaines situations donc j'ai appris à assouplir un petit peu ma manière de voir les choses, ma manière de prendre en charge et forcément je m'adapte, donc heu oui forcément j'ai évolué et je pense que j'évoluerai encore pour les 52 ans qui nous reste à faire.*

- JRO : d'après vous qu'est qui vous permettez d'améliorer votre manière de dépister la non observance thérapeutique actuellement ?
- MG7 : *heu bon peut être me remettre en tête la fameuse grille dont on a parlé tout à l'heure. Parce que, il me semble vraiment que ça existe ça ?*
- JRO : oui c'est une grille de la CPAM qui est sur le site AMELI.
- MG7 : *ah oui d'accord... faudrait que j'aïlle plus souvent sur le site AMELI (rires) heu et heu oui, progresser dans ma relation avec mes patients et mes pratiques forcément.*
- JRO : est-ce que des formations ciblées pourrait être utiles ?
- MG7 : *heu oui pourquoi pas après heu, oui pourquoi pas... je pense que ça peut ... parce que bon si on reprend l'exemple de la grille oui ça peut être un fil conducteur, une trame, donc une formation pourquoi pas sensibiliser sur certains points, donner des axes d'approches pourquoi pas ; une formation après sur combien de temps ? une formation courte sur une soirée, remettre un petit peu, rappeler un petit peu ça et donner des grands axes pour essayer de, et puis après je pense chacun fait à sa sauce en fonction des patients qu'il rencontre.*
- JRO : des groupes d'échanges avec des paires ?
- MG7 : *oui, oui.*
- JRO : des outils informatiques ?
- MG7 : *heu à mon avis non, à mon avis non parce que trop compliqués à mettre en place et puis on a déjà pas mal de, de choses à gérer avec les dossiers informatiques etc. si il faut se rajouter ça au-dessus et ... je pense que ça peut être un peu compliqué, un peu chronophage et puis en plus comme c'est quand même un problème relationnel si on est devant l'ordi ça peut être pas être terrible.*

- JRO : et qu'est-ce que vous pensez de campagne publicitaire ?
- MG7 : *oui pour sensibiliser les patients oui pourquoi pas oui !*
- JRO : dans le genre « les antibiotiques c'est pas automatiques » ?
- MG7 : *avec un slogan moins pourri ça serait bien par ce que (rires)... après c'est un peu piège ces campagnes parce que c'est tellement rabâché que...on prend l'exemple des antibiotiques quand on essaie d'expliquer au patient « beh écoutez là c'est quelques chose de viral » etc. « ah oui je sais les antibiotiques c'est pas automatiques on me le rabâche » mais, ça apporte quelques chose mais, ou alors de façon un peu plus subtiles peut être que... après je suis pas un communicant donc...*
- JRO : enfin est-ce qu'il y a un élément concernant l'observance thérapeutique que vous voudriez aborder et que j'aurais oublié ?
- MG7 : *heu non... je réfléchis... heu non*
- JRO : merci.

ENTRETIEN NUMERO 8

- Jean-Raymond ODABACHIAN (JRO) : Donc euh... Bonjour. Euh... pour euh... Commencer je vais vous demander ce que euh... représente pour vous un patient atteint de maladie chronique.

- Médecin généraliste 8 (MG8) : *Alors donc pour moi euh... les maladies chroniques ça va être quelqu'un qui a une maladie qui est incurable qui est euh... pour laquelle peut exister -existe- un traitement et donc style par exemple l'hypertension artérielle euh... des choses comme ça, le diabète, pour lequel il va avoir besoin de suivre euh... un traitement médicamenteux euh...régulier euh... plus ou moins quotidien, ça dépend. Si on prend par exemple l'ostéoporose, on peut avoir des traitements mensuels, c'est quand même des maladies chroniques. Euh... et avec un traitement du coup qui est quotidien qu'ils doivent justement suivre euh... pour lequel ils viennent euh... nous voir régulièrement pour les prolongations de traitement.*

- JRO : D'accord. Est-ce-que euh... vous avez déjà entendu parler de euh... du problème de l'observance thérapeutique dans euh... les maladies chroniques ?

- MG8 : *Euh... oui. Oui, oui. Euh... donc du coup euh... l'observance c'est le fait que justement ils veuillent bien, ils prennent bien régulièrement leur traitement et pas une fois sur deux ou quand ils ont envie, donc euh...*

- JRO : Vous y avez été sensibilisé euh... via quel euh...

- MG8 : *Alors la... Ouais, alors la sensibilisation, c'est plutôt après euh... la discussion euh... donc en particuliers avec tout ce qui est délégué, les délégués médicaux, les choses comme ça. Je me demande même si euh... les délégués d'assurance maladie n'en parlent pas aussi.*

- JRO : D'accord. Vous avez eu des formations à ce sujet ?
- MG8 : *Non. Non, non. Pas de formation spécifique.*
- JRO : Durant vos études ?
- MG8 : *Non euh... A la fac j'ai pas souvenir que c'était évoqué ça.*
- JRO : D'accord. Euh... pour vous quelle est la place du médecin généraliste face à cette problématique de la non-observance ?
- MG8 : *De la non-observance ? Euh..... Ben elle est importante parce que euh... Nous on doit quand même euh... s'assurer que le patient prend plus ou moins bien son traitement, euh... et puis éventuellement comprendre pourquoi il ne le prend pas le cas échéant. Est-ce-que ce n'est pas un effet secondaire, est-ce-que c'est euh... Qu'est-ce qui l'empêche, qu'est-ce qui le gêne dans la... dans son traitement ? Par exemple euh... l'exemple qui me vient comme ça à l'idée, c'est par exemple si on prend avec les bêtabloquants et les troubles érectiles qui vont pas forcément en parler et euh... donc là c'est quand même intéressant justement de se dire pourquoi est-ce-qu'ils ne prennent pas le bêtabloquant et éventuellement de discuter justement de ce problème-là, et euh... chose qu'ils ne voudront pas forcément en parler avec le cardiologue qu'ils vont voir une fois tous les ans.*
- JRO : D'accord. Donc en termes de prise en charge la place du médecin généraliste se situe où ?
- MG8 : *heu beh elle est quand même assez centrale, parce que si on prend le spécialiste il va initier le traitement et dire « voilà il faut ça comme traitement » heu si on prend les maladies où le spécialiste est nécessaire, et nous on va avoir derrière tout ce qui est renouvellement, parce que eux vont dire « bon on se revoit dans un an » et la place du médecin généraliste est quand même, on revoit les gens soit tous les mois soit trimestriellement pour justement faire voir que les, la bonne continuité*

du traitement. Les heu, à côté de ça on est central pour ça mais aussi, l'intérêt c'est qu'il y a beaucoup de traitement qu'on initie tout cours hein. Si je pense à l'ostéoporose, à l'hypertension, au diabète, y a beaucoup de traitements qui passent pas forcément par le spécialiste en initiation. Là, on a le double heu... on fait tout !

- JRO : donc on est central en termes de dépistage et de prise en charge ?

- MG8 : voilà tout à fait !

- JRO : vous estimez que les conséquences de la non observance thérapeutique sont de quel ordre ?

- MG8 : les conséquences sur la santé du patient ?

- JRO : de façon générale.

- MG8 : *sur la santé elles sont quand même importantes, parce qu'on dépiste une maladie, on essaie de la traiter, heu le patient ne prend pas son médicament donc ça veut dire qu'il n'est pas traité et finalement on se retrouve avec la conséquence de la maladie. Alors après on peut avoir des conséquences plus ou moins, je dirais pas forcément iatrogènes, mais si jamais il prend mal le traitement en en prenant un jour sur deux heu beh il va avoir au mieux inefficacité, au pire un effet secondaire qu'on s'attendrait pas et qui serait pas forcément très intéressant. Heu après au niveau socioéconomique, la non observance au niveau santé publique si jamais les gens ne prennent pas leurs médicaments on se retrouve avec une efficacité qui est quand même beaucoup moins bonne et au niveau santé publique c'est pas très bon. Si on prend par exemple le diabète, les gens qui prennent pas les médicament ils vont se retrouver avec tout ce qui est macro-angiopathie etc. etc. qui, ou la tension avec les AVC qu'on devrait pas, qui sont heu qui qui sont dépistés, qui sont traitables et que finalement on a pas le bénéfice au niveau de la société connu, alors que l'investissement y est quand même de la sécurité sociale, puisqu'ils vont avoir quand même éventuellement payés les examens de bases, une partie du médicament si jamais ils l'ont pris un jour sur deux et sans avoir retour sur investissement.*

- JRO : tout à l'heure vous parliez des complications sur le plan clinique est ce que ça peut être une situation de dépistage de la non observance ? est-ce que vous considérez que ça peut être une étiologie à évoquer ?

- MG8 : *ah oui oui, oui là le fait par exemple de celui qui vient voir par exemple avec la tension qui est toujours à seize, dix-sept beh on peut se dire, souvent j'entends dire, le patient il est là, « ben c'est normal aujourd'hui je l'ai pas pris », donc bon alors après est ce que exceptionnellement aujourd'hui ? c'est la question...mais c'est la question à poser devant une tension élevée. Bon en général si il vient chercher son traitement c'est qu'il a, qu'il l'a pris au moins fort partiellement, ou qu'il a tout pris ; alors après la boîte de vingt-huit elle est peut être passée sur trente-cinq jours mais heu...*

- JRO : d accord on va d'ailleurs aborder le sujet des circonstances de découvertes : est-ce que c'est une thématique que vous abordez de façons systématiques lors de vos consultations, la recherche de la non observance à un traitement chez vos malades chroniques ?

- MG8 : *heu si c'est fait de façons systématiques non, mais régulièrement je leurs demande si ça va quoi, s'ils ont pas de problèmes avec le traitement heu... c'est plus après, c'est recherche d'observance-effets secondaires quoi... donc c'est plutôt ça. Après y en a qui l'amènent d'eux même aussi hein, qui dit : « celui-là il me va pas »...*

- JRO : vous avez des patients qui avouent spontanément ne pas être observant ?

- MG8 : *ça arrive, j'en ai deux, trois sur les traitements de diabète que, c'est la galère ; il faut vraiment les pousser pour le traitement mais bon c est pas toujours gagné. J'en ai un d'ailleurs récemment il a fini à l'hôpital et maintenant il est observant. Mais il a fallu le déclic hein ! c'est embêtant avec les maladies style le diabète où les gens se sentent pas malades, c'est une source de non observance*

hein le fait ils se sentent pas différent entre le moment où ils étaient avant la découverte et après la découverte... c'est l'avantage de la tension : quand les gens ils ont des maux de tête : quand ils ont des céphalées les gens ils se disent « ah beh j'ai des maux de tête... » ça les rappellent à l'ordre ! tandis que pour le diabète c'est plus dur...

- JRO : d'accord donc vous avez des patients que vous jugez que plus à risque d'être non-observant, auxquels vous portez plus attention ?

- MG8 : *oui, oui, oui, y en a certains c'est leur culture d'être inobservants donc là il faut les booster quoi, mais c'est pas évident, parce que les gens après on leur met pas dans leur assiette le médicament, donc c'est difficile.*

- JRO : y a un moment de votre consultation où vous privilégiez d'aborder ce sujet ?

- MG8 : *alors après sur le sujet à risque quand il est dépisté, je dirais que du coup ça devient systématique, après la question c'est le dépistage du sujet à risque... l'avantage de la médecine générale, de la médecine de famille c'est que le dépistage se fait quand même plus facilement parce qu'on les connaît : on sait la mentalité des gens, on sait si ils vont être raisonnables pas raisonnables, est-ce qu'ils nous ont déjà fait le tour pour autre chose, donc style les prises de sang qu'on attend toujours ou bien les examens paracliniques qui passent pas quoi, donc ça, ça permet d'en trouver une partie hein.*

- JRO : quand vous abordez le sujet c'est de quelle manière ? plutôt directe, question directe franche ou générale, de façon indirecte, ou pas de méthodes particulières ?

- MG8 : *pas de méthodes particulières c'est plutôt au feeling hein. Les gens selon comment on est avec eux, comment on les connaît heu heu après c'est plutôt du genre « pas de problèmes avec le médicament ? » est-ce qu'on le prend bien, et souvent y a quand même aussi, comme le disait tout à l'heure, des signes d'alertes,*

des signes d'appels : si on se retrouve avec des signes anormaux de tensions, des hémoglobines glyquée qui sont pas bonnes, des choses comme ça, ça permet de, de prendre, d'avoir du matériel, justement une cause pour pouvoir en parler. Bon alors après tous les médicaments non pas malheureusement d'effets secondaires sensibles heu immédiatement, qu'on n'a pas de causes à effets, mais heu ça permet... bon après les gens sont quand même assez facilement, on assez de franchise aussi régulièrement donc ça passe pas trop mal.

- JRO : donc vous avez pas de patients malhonnêtes par rapport à ça ?

- MG8 : *alors non, non, parce qu'ils se rendent compte finalement qu'on joue tous dans la même équipe ! et puis bon étant donné que je suis pas trop virulent et trop agressif comme médecin en disant « il faut absolument faire ci, il faut absolument faire ça ! », après bon on en discute facilement, bon c'est l'avantage : je suis pas trop dictatoriale donc heu y a une complicité qui se fait avec mes patients donc heu, je, je les dispute pas quoi donc ils savent qu'ils peuvent parler !*

- JRO : vous échangez avec des collègues spécialistes quand vous dépistez une non-observance ?

- MG8 : *heu non , non , beh non, j'ai pas trop l'occasion de leur en dire , de leur en parler donc j'en quand je fais l'ordonnance pour la visite annuelle ou des choses comme ça c'est vrai que je pourrais très bien marquer dessus ne prend pas bien son traitement, mais je le fait pas et puis je les rencontre très très peu donc je peux pas trop leur dire de vive voix... donc c'est vrai qu'y a pas la remontée d'infos...*

- JRO : justement cas particulier de la médecine générale : ou situez-vous la place de la visite à domicile dans le dépistage de la non observance thérapeutique ?

- MG8 : *la visite à domicile ? heu alors l'avantage de la visite à domicile c'est qu'on voit les boîtes, donc c'est vrai que c'est intéressant dans ce cadre-là d'arriver, on voit dix boîtes de médicaments qui sont là... c'est tout de suite vue heu*

l'observance elle se fait pas. J'avais justement un patient comme ça qui était psychiatrique et à chaque fois que j'allais mensuellement chez lui heu bon comme il était un peu débile léger aussi, j'arrivais, je savais ce que je devais lui, donner par habitudes et à chaque fois que j'ouvrais le placard je trouvais les dix boîtes... bon c'est vrai que il était en CMP, il allait même à l'hôpital de jour psychiatrique, et c'était là justement après au niveau observance que ça devait pas être terrible malgré qu'ils leur donnaient et tout ça et... mais c'est l'avantage de la visite à domicile, c'est de voir le stock qui reste chez les gens. Bon après ça reste un public limité la visite à domicile, on va pas chez tous les renouvellements d'ordonnance, heureusement.

- JRO : à contrario de ce qu'on vient d'évoqué qu'est ce qui pour constituer un frein au dépistage de la non observance thérapeutique en consultation ?

- MG8 : *alors un frein heu, beh déjà un peu le nomadisme médical, parce que celui qui va chez plusieurs après c'est difficile de savoir si qu'est-ce qu'a fait le voisin. Après les, heu, heu les gens eux même hein : celui qui se sent pas concerné, qui veut pas... qu'est ce qui pourrait y avoir comme autres freins ? heu...*

- JRO : est-ce que le problème de la gestion du temps de la consultation ça...

- MG8 : *oui, oui, si, si !! c'est sûr que si on est plus pressé ben on pose moins de questions : faut que ça aille plus vite hein ! bon après les gens venant heu c'est vrai, qu'ils sont quand même relativement observant : celui qui vient chercher son traitement par définition il fait l'effort de venir ! donc ça limite le nombre. Après dans heu, après dans l'observance tout ça, après ça... je... ouai la gestion du temps... après je vois pas qu'est ce qu'y a d'autre qui, qui peut gêner...*

- JRO : est-ce que comme vous en parliez, c'est un sujet que vous aborderez pas peut être avec des patients qui ont un niveau socio-culturel ou intellectuel heu un petit peu limité ?

- MG8 : alors après celui qui est un petit peu limité il va avoir plus mal c'est vrai à être sensible hein, au niveau socio-économique... mais je pense que je suis pas sûr que ce soit un critère de classe sociale enfin de compte l'observance ...parce que d'un autre côté l'actif il va pas avoir le temps de venir et il va se dire « ah beh cette semaine je peux pas j'irai la semaine prochaine chercher mon traitement », et bon finalement pendant une semaine y a pas de traitement. Donc heu , heu et à côté de ça les classes socio-économiques bas elles sont pas forcément, elles ont pas la notion aussi par rapport à de la maladie : la connaissance de la maladie... donc après je pense qu'y a une histoire d'éducation, heu du patient : si jamais on lui explique bien la maladie ça va faire fort sur l'observance, en lui disant c'est quand même une maladie grave, c'est quand même une maladie ou y a des gros risque, il faut faire attention... bon alors , heu , après y en a certains qu'on peut essayer d'éduquer qu'on arrivera pas à être observant hein... heu les niveaux socio-économique bas ou un peu pauvre intellectuellement c'est , c'est dur... après c'est vrai que ça lance au niveau de l'observance, je dévie un plus par exemple vers tout ce qui est personnes âgées un peu démentes où finalement on se retrouve avec une observance qui peut être très limite, parce que des gens un peu justes, où la prend toute sa place justement de l'infirmière libérale pour venir et dire voilà, qui vient du coup tous les jours et dire voilà y a ça comme médicament à prendre et qui surveille quoi.

- JRO : est-ce que vous faites entrer en ligne de compte les affectes personnels, la fatigue, la lassitude ou de considérer que c'est un travail trop fastidieux la recherche de la non observance ?

- MG8 : ben après la facilité c'est de dire bon votre ordonnance est là je recopie votre ordonnance point, au revoir. Après c'est plus notre métier, c'est comme celui qui rentre on lui prend pas sa tension par exemple, dans ce cas-là c'est gratte papier qu'on est c'est plus, c'est plus médecin. Alors je dis pas qu'il faut faire à chaque fois après c'est des, y a des moments mais... moi je vois j'ai des consultations libres où y a des fois ça va être en effet très chargé et dans ce cas-là il faut aller vite et la recherche de l'observance se fait pas forcément, se fait pas et puis les jours où c'est beaucoup plus calme où là dans ce cas c'est plus intéressant, enfin pas plus intéressant, mais on échange plus avec les gens et donc là, la recherche de tout, la

recherche de ce qui va pas, c'est... après celui qui a des problèmes d'observance, il les a toute l'année, ça devient une habitude !

- JRO : est-ce que vous avez le souvenir particulier d'un cas dans votre patientèle où vous pensiez un patient bien observant, bien réceptif et puis qui finalement se retrouvait être non observant, que vous avez découvert de façon fortuite ?

- MG8 : *(silence) dans ce sens-là j'ai pas de... j'ai pas d'idées qui me vient en tête (silence) après bon y en a que j'avais été, y en avait un qui me vient, j'avais été surpris que le gars avait avoué lui-même ; c'est vrai que j'aurais pas pensé, un gars, un commerçant, un mec qui avait fait, qui avait fait un infarct il me semble et du coup c'était justement avec le bétabloquant, il me dit « je suis fatigué avec le bétabloquant donc heu je le prend pas » !*

- JRO : ils vous avez avoué ça au bout de combien de temps ?

- MG8 : *oh ça faisait quand même plusieurs mois, plusieurs mois après qu'il m'avait dit que... du coup enfin de compte on lui a, dans la petite histoire, je lui échangé ces bétabloquants par du PROCORALAN qui a pas été du tout et heu finalement c'est lui-même qui a demandé à revenir à l'ATENOLOL... donc c'était ça il y a quelques mois... bon je lui donne toujours son ATENOLOL, il a l'air de mieux le prendre... en tout cas il me le redemande à chaque fois donc c'est qu'il...*

- JRO : et quand vous découvrez une situation d'échec à l'observance à un traitement vous incriminez qui ?

- MG8 : *alors lors de la découverte de l'échec il faut savoir pourquoi il y a échec, pourquoi ça va pas ! est-ce que c'est le fait de prendre le médicament justement qui les gênent, genre par exemple un premier médicament, parce que la femme elle prend la pilule elle est déjà habituée, mais je veux dire l'homme qui n'a jamais rien pris, d'un seul coup il doit prendre son petit cachet tous les jours, donc c'est source d'inobservance d'avoir le premier cachet et le... du coup j'ai perdu le fil... donc après*

il faut rechercher pourquoi il est inobservant, est-ce que justement c'est pas un effet secondaire du médicament, est-ce que justement il a pas pris un certain temps son médicament, est-ce qu'il en marre parce que ça lui occasionne une gêne et qu'il veut pas en parler et que du coup c'est pour ça qu'il est inobservant ou est-ce qu'il est inobservant par le moment de la prise, ça peut des fois être tout bête, parce que bon le prendre le matin ça le gêne pas mais le soir ça l'embête ; voir éventuellement après si c'est pas, heu le justement par rapport à l'horaire de prise, est-ce que par rapport au niveau du boulot est-ce que ça fonctionne ?, heu parce que y a beaucoup de monde qui vont travailler en quart ou des trucs de ce genre-là, après aussi l'aspect lassitude : quelqu'un qui a pris son traitement pendant des années et heu qui en a marre a un moment de le prendre, qui dit « bon maintenant c'est bon je suis peut-être guéri » entre guillemets. Et là, ça rappelle l'aspect justement de l'ado ! l'observance de l'ado, qui observe par rapport à son traitement ! et donc j'avais le cas comme ça d'un gamin qui était insulino-dépendant, donc une maladie qui, quand même, assez grave et qui finalement en avait marre des piqûres donc là quand même toujours difficile à gérer et donc arriver à l'adolescence, la crise d'ado face aux parents et face aux médicaments : « j'en ai marre de tout ! »

- JRO : et est-ce que vous vous remettez en question vous aussi en cas de non observance ?

- MG8 : ah beh toute façon oui, oui ! il faut rechercher pourquoi ça marche pas et il faut rechercher tout azimut ! voir vraiment qu'est-ce qui va pas ! alors après est-ce que les gens ils étaient aussi heu... ça peut être des fois aussi l'occasion quand ils sont inobservant par rapport à un médicament de se poser la question de la pathologie ! par exemple la tension, on a les gens par exemple qui ont cinquante ans qui vont faire de la tension, on va les traiter cinq, six ans, « x » temps, on revoit la même chose avec le cholestérol, et puis un jour on se dit « ben oui les... il a toujours sa tension régulière » et puis en fin de compte il dit « vous savez ça fait un mois que je le prend plus » et puis du coup se remettre en question et se dire... parce que des fois les gens font des petits tests eux-même hein et se dire ben voilà est-ce que finalement c'est pas l'occasion d'arrêter le traitement et de revoir ... voir ce que ça donne en particulier avec les médicaments pour le cholestérol, de faire

une fenêtre et puis se dire on verra avec la prise de sang suivante... ça peut être une occasion de remettre en cause le diagnostic hein !

- JRO : est-ce que c'est un élément auquel vous prêtez plus attention maintenant qu'en début de carrière ?

- MG8 : (silence) *ah certainement hein, parce que maintenant avec le recul on se rend compte aussi un peu que, que le malade il est pas aussi beau que dans les livres presque, que finalement il faut faire avec eux... chose que je pense que l'aspect psychologique du malade il est pas trop abordé au niveau faculté et que ça c'est après avec l'expérience qu'on se rend compte que finalement il faut qu'ils adhèrent, que le patient qui adhère pas ben c'est mal partie !*

- JRO : qu'est-ce que vous faites pour essayer de le faire adhérer ?

- MG8 : *faut lui expliquer la maladie !! faut lui expliquer la maladie, faut lui expliquer les tenants-les aboutissants, lui dire voilà pourquoi le médicament est important. Si jamais il est pas convaincu c'est pas le pharmacien qui va le convaincre hein, donc je, heu, il faut lui parler, il faut lui dire... ça permet aussi de heu, aussi déjà d'avoir des info sur la maladie que les gens en fin de compte en posant les questions qui sont pas forcément, qu'on se serait pas attendu et aussi de, d'avoir un retour, non pas d'avoir un retour, comment dire...heu donc du coup l'explication de la maladie et heu, heu, ouai d'avoir des questions du patient et puis un patient informé c'est beaucoup plus facile à soigner ! et puis ils ont souvent des peurs qu'ils vont pas forcément dire tout de suite ! des fois en leur lançant des ... parce que par exemple avec le diabète, c'est pas rare qu'ils aient eu le grand-père, la grand-mère qui a eu une artériopathie, à qui on a coupé une jambe, ça arrive... du coup c'est tout de suite « ah je suis diabétique, je vais être comme ma grand-mère l'année prochaine ! » alors que finalement la grand-mère c'était y a trente ans, y a quarante ans, le traitement il était rien du tout et puis bon d'une individu à une autre cette personne elle faisait peut être cent cinquante kilos et que du coup elle avait tout pour faire une artérite et que ça se finisse mal. Donc ça permet aussi de heu au niveau de la maladie de leur rendre compte de la réalité et qu'ils aient pas non plus le soir du mal à dormir... et ce qui pourrait être une source de rejet aussi : « donc j'ai la maladie » et faire*

l'autruche et du « je ne suis pas malade parce que je ne veux pas ressembler à ma grand-mère » et donc « je suis pas malade et j'ai pas besoin de médicaments et hop je mets tout dans la petite boîte, je ferme la petite boîte à clé et puis j'en parle plus quoi », donc déjà dire que c'est une maladie sérieuse, une maladie qui peut être potentiellement grave si on est pas traité et du coup d'où l'intérêt du traitement etc. etc.

- JRO : qu'est-ce qui vous permettez d'améliorer beh justement le dépistage des patients non-observants ?

- MG8 : *alors d'améliorer, alors après c est, bon après y a la discussion mais heu heu heu, après je dirais presque le calcul du nombre de comprimés ça pourrait être intéressant parce que c'est ce qui est quand même... alors après on aurait un biais dans le genre où les gens ils pourraient aller chercher le médicament et puis pas le prendre, le laisser sur la boîte. Mais je voyais ça, me rappel un peu tout ce qui est le système avec le subutex tout ça où finalement la caisse est tout à fait au courant avec le nomadisme médical que certains vont voir dix médecins et dix pharmaciens, et heu elle s'en rend compte deux ans plus tard, qui est toujours agréable... mais avec les systèmes informatiques elle pourrait très bien dire untel sur... elle sait faire avec les patients subutex... après c'est fliqué les gens, c'est pas trop dans l'air du temps mais dire voilà untel : il y a trois cent soixante-cinq jours, il en a pris, il a acheté deux cent soixante comprimés pourquoi n'a-t-il pas pris les cents autres ?*

- JRO : donc du coup comme vous disiez tout à l'heure est-ce que intéresser d'autres acteurs médicaux ou paramédicaux comme les infirmières ou les pharmaciens à l'observance à un traitement d'un patient malade chronique ça pourrait être utile ?

- MG8 : *ça pourrait être utile ! alors le pharmacien lui je pense est assez sensibilisé dans l'autre sens où finalement il calcul bien le nombre de boîtes pour pas que les gens en ai trop mais c'est vrai qu'il se pose jamais la question de savoir si ils utilisent à bon escient donc ça peut être intéressant venant du pharmacien... après l'infirmière, hormis l'infirmière qui vient tous les jours pour heu, les soins chroniques, elle peut pas nous être d'un grand secours, hormis d'être là tous les jours, parce que*

celle qui va venir pour la prise de sang de l'INR, heu tous les mois hormis nous dire voilà le PREVISCAN il y avait dix boîtes dans la pharmacie, heu c'est... elle peut pas trop ,trop s'en rendre compte d'elle-même, mais dans l'infirmière en soins chroniques par contre elle je pense que elle ça peut, elle peut être d'une aide très précieuse, parce qu'elle est vraiment au cœur de la maison. Mais est ce que la personne malade chronique au point d'être dépendante, est ce que c'est elle le public privilégié de la non observance ? j'aurais tendance à dire un public plus jeune plus actif ou qui relève pas forcément....

- JRO : d'accord pour ce public plus jeune, plus actif sensibiliser l'entourage peut-être ?

- MG8 : *ouai mais ils sont quand même au centre de l'entourage hein souvent, si on voit des pères de famille, des mères de familles... c'est difficile après de sensibiliser l'entourage hormis les enfants, bon c'est des gens un peu plus grands, des enfants qui vont avoir une vingtaine d'années ou de choses comme ça... beh là c'est ce qui se passe avec mon patient diabétique, ça fille qui a vingt-cinq ans, bon il a aussi un problème d'alcool, donc elle le surveille à tous points de vue, donc là c'est vraiment dans la sensibilisation de la famille.*

- JRO : est-ce que des formations ciblées, médicales ciblées, sur comment faire adhérer un patient à un traitement heu de maladie chronique ça peut être utile ?

- MG8 : *ça peut être intéressant pourquoi pas...bon après dans des formations comme ça, des histoires comme ça il peut y avoir un aspect voir ce que fait le voisin, un peu de santé publique, se dire qu'est-ce que le voisin, comment il gère les choses et puis après on voit une partie de l'iceberg, on voit pas tout non plus !*

- JRO : alors du coup peut être faire des groupes d'échanges avec des paires ?

- MG8 : *ouai éventuellement faire des groupes d'échanges et puis après l'aspect statistique, se dire par exemple on sait, je sais pas, que par exemple dix pour cent des gens sont non-observants, se dire finalement moi j'en ai un pour cent est-ce que je suis très bon ou est-ce que je les ai pas tous découverts ? finalement ça permet*

de se rendre compte dans une population... bon après les valeurs statistiques c'est un peu particulier mais si jamais on avait des statistiques un petit peu plus locales ou des choses un peu plus proches ça permet de se dire, parce que des statistiques sur la France entière on sait dans les grandes villes l'observance est moins importante que dans les campagnes où les gens ont une mentalité plus rigoureuse quoi... donc c'est... après en ayant justement une statistique qui correspond ça peut permettre de mieux, de mieux se faire une idée personnelle.

- JRO : l'utilisation d'une grille de dépistage ?

- MG8 : *ah une grille de dépistage pourquoi pas à voir...*

- JRO : comme c'est proposé sur AMELI...

- MG8 : *ah beh je savais pas que AMELI proposé une grille de dépistage, c'est une découverte (sourire)... ils savent communiquer sur beaucoup de choses mais ça ils ont pas communiqué (rires)*

- JRO : par ailleurs est-ce qu'il y a des maladies chroniques pour lesquelles vous vous sentez exclu du traitement du patient, gérées par de confrères ?

- MG8 : *alors ouai des maladies chroniques dont on est exclu, le grand classique c'est le cancer ! où finalement à part l'arrêt de travail on va pas faire grand-chose d'autre. Bon après les gens ils viennent demander conseil, mais surtout en début de maladie, après tout le reste est géré, après entre le spécialiste, l'oncologue, etc. etc. eux ils gèrent tout de A à Z. bon après c'est un traitement la majorité du temps c'est vrai pour le cancer y a très, très peu de forme orale, donc hein avec le passage en hôpital de jour l'observance se pose pas trop hein. S'ils viennent ils ont pas trop le choix du traitement, il leur ait administré ; la seule chose qu'ils peuvent faire, s'ils sont non-observant c'est pas venir mais heu après ... bon alors après dans la suite avec tout ce qui est traitement anti hormone on récupère la main, puisque là d'un seul coup ça devient oral avec un renouvellement chronique. Alors sur l'observance de certains, au niveau de certains spécialistes y a aussi les ophtalmos, tout ce qui est pathologies ophtalmos, c'est vrai que l'ophtalmo va avoir tendance à faire une*

ordonnance pour un an et du coup ça nous échappe : est-ce que les gens mettent vraiment bien leur gouttes ou pas ça c'est impossible à savoir hein faut déjà savoir qu'ils ont déjà un traitement !

- JRO : ça vous gêne ?

- MG8 : *beh c'est mieux quand on est informé je pense hein quand même, mais après le fait qu'ils aient une ordonnance je suis pas choqué, heu, heu, je suis pas choqué que les spécialistes fassent, après c'est vrai que c'est des fois des gens qu'on a un peu, qui sont un peu perdu de vue, donc du coup c'est vrai que le problème de l'observance se repose sur eux... c'est vrai pour tout ce qui est comme pathologie le glaucome... quelques fois c'est la découverte de se dire on fait un traitement pour autres choses et puis d'un seul coup on s'aperçoit qu'ils ont un glaucome...*

- JRO : pour en revenir au cancer est ce que ça vous gêne de (il coupe)

- MG8 : *d'être mis sur le côté ?*

- JRO : sur le côté ?

- MG8 : *(silence) des fois ça peut être quand même arrangeant... heu parce que c'est des maladies qui sont difficiles, difficiles pour les gens donc quelque part ça me délie du soutien psychologique, bien que celui qui vient, il l'a, mais celui qui vient pas, par définition, il pourra pas l'avoir. Donc c'est des maladies que bon, étant donné que je suis assez jeunes le cancer ne me touche pas personnellement mais après c'est vrai que des médecins plus âgés qui peuvent très bien être confronté eux même ou très proche ça peut les gêner, donc quelques part ça les arrange aussi : on en parle pas, ça les revoit pas à leur propres situation. Après par définition c'est vrai que j'aime bien être au courant de tout et puis être dedans même si j'oublie beaucoup d'infos après (rires), j'aime bien ma petite place centrale du système !*

- JRO : c'est important comme place ?

- *MG8 : oui, ouai, ouai... c'est vraiment la place du médecin généraliste. Après même si on peut pas tout répondre, répondre à tout parce que les traitements spécialisés après des fois c'est quand même difficile, parce que je vois les traitements du cancer tout ça... on connaît pas tout hein, donc y a beaucoup d'effets secondaires, beaucoup de choses que ben finalement j'ignore tout bêtement, avec des nouvelles molécules qui sortent, des nouveaux protocoles qui sortent, des , donc... mais la place... donc c'est sur après ça c'est une place spécialiste qui est vraiment la gestion du traitement et après moi j'aime bien, pas avoir mon mot à dire, mais être là quand même, de suivre les gens... même de toute façon c'est des gens, le médecin généraliste moi j'ai une population qui est vraiment très familiale donc heu je l'ai connaît tous, je connais le cousin, le frère, donc j'aime bien savoir ce que deviennent les gens, ne serait-ce que par curiosité se dire est-ce qu'il va bien... on fait partie de la famille !*
- *JRO : est-ce que y a un élément concernant l'observance thérapeutique que vous, auquel vous pensez et que je n'ai pas abordé ?*
- *MG8 : non y a rien qui me vient comme ça à l'esprit tout de suite (silence) après on peut se poser après, alors je sais pas si, j'ai pas de truc, mais est-ce que l'observance thérapeutique vis-à-vis d'un tiers par rapport, les parents vis-à-vis des enfants est-ce que ça peut être un sujet qui peut être éventuellement abordé des fois : c'est-à-dire un enfant qui, lui par définition je vais pas dire qu'il va pas être observant mais si on lui donne pas le médicament il va pas l'être, donc ou bien aussi la relation parentale où les parents veulent qu'il prenne le médicament et l'enfant veux pas qui est source d'inobservance ; alors après c est rarement sur des maladies très, très chroniques mais même sur les traitements un peu aigues style les antibiotiques qui ont certains très bon goût et qui fait que le gamin il en prend deux prises et la troisième il va la recracher mais là je pense que c'est plus un autre sujet quoi...*
- *JRO : merci.*

ENTRETIEN NUMERO 9

- Jean-Raymond ODABACHIAN (JRO) : donc heu pour commencer qu'est qu'un patient atteint de maladie chronique ?
- *Médecin généraliste 9 (MG9) : c'est un patient qui a des pathologies qui nécessitent des traitements au long court et voilà c'est tout ! (rires)*
- JRO : et quelle idées vous avez de la prise en charge qu'on peut avoir de ces patients particuliers ?
- *MG9 : beh déjà faut les informer sur leur pathologie déjà, qu'ils connaissent les complications, les bon les traitements à prendre et puis les, les, pour les conséquences que pourrait avoir le fait de ne pas prendre leur traitement ; déjà qu'ils soient informés sur leur pathologie.*
- JRO : voyez aucune autres pistes de prise en charge pour ces patients en particulier ?
- *MG9 : bon après qu'elle soit bon, médicale, éventuellement leur hygiène de vie etc. etc., dans leur quotidien aussi les efforts qu'ils peuvent faire à leur niveau mais ça je pense que ça passe aussi par l'information qu'on peut leur donner sur leur pathologie, je sais pas dans le diabète ou l'hypertension, des choses qu'ils pourraient faire en parallèle...*
- JRO : est-ce que vous avez déjà entendu parler du problème de l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques ?
- *MG9 : ben oui hein, oui. C'est vrai qu'on sait, on sait pertinemment les patients qui sont observant ou pas observant ça en géné... enfin on le sait...heu je pense*

qu'on arrive à appréhender le patient qui est observant et le patient qui n'est pas observant, ça je crois que on arrive à s'en rendre compte assez facilement...

- JRO : vous avez été sensibilisé à ce problème durant vos études, ou via des média, des FMC (formation médicale continue) ?

- MG9 : *de mon temps ca existait pas trop tout ça (rire) ça existait pas tellement...bon après je pense que c'est plus par les FMC ou par les media mais c'est vrai que moi j'ai fait mes études il y a un certains nombres d'années et que c'était pas des choses qui était véritablement abordées à ce moment-là...*

- JRO : ce n'était même pas, enfin le patient prenait le traitement et c'était acquis ?

- MG9 : *ouai je pense que c'était plus comme ça à c cette époque-là oui... bon après s'il était hypertendu on lui disait de pas manger trop de sel, s'il faisait du diabète on disait quand même d'avoir une activité physique, mais bon y avait pas une sensibilisation particulière à ce moment-là.*

- JRO : pour vous qu'elle est la place du médecin généraliste face à cette problématique de la non-observance thérapeutique ?

- MG9 : *je pense que le généraliste est en première ligne à mon avis parce que c'est lui qui voit le patient tous les mois ou tous les trimestres selon la façon dont on délivre l'ordonnance mais après le spécialiste il va le voir une fois ou deux par an je veux dire, donc c'est vrai que c'est le généraliste qui est vraiment en première ligne hein.*

- JRO : heu en termes de prise on est aussi en première ligne ?

- MG9 : *heu comment ça en terme de prise en charge ?*

- JRO : alors, est ce que le médecin généraliste est en première ligne pour le dépistage ou pour le dépistage et la prise en charge ?
- MG9 : *beh pour le dépistage il est en première ligne, pour la prise en charge après je pense qu'il peut tout à fait passer la main au spécialiste par exemple donc il envoie le patient.*
- JRO : vous estimez être...quels sont les types de conséquences que peut avoir la non-observance thérapeutique chez les malades chroniques ?
- MG9 : *beh heu c'est de toute façon à terme le risque de complication de leur pathologie, essentiellement hein. bon ça, ça paraît évident quoi.*
- JRO : et du coup une complication de maladies chroniques est-ce que c'est un moyen pour vous d'évoquer comme étiologie la non observance ? est-ce que ça peut être un motif de découverte de non-observance ?
- MG9 : *heu ça peut être un élément, après je pense que le patient peut se compliquer même si il est observant.*
- JRO : vous évoquez pas ça en priorité ?
- MG9 : *non, non.*
- JRO : d'ailleurs lors de vos consultations vous abordez le sujet de quelles manières ?
- MG9 : *après on, on menace entre guillemets un peu le patient en disant « vous savez si vous faites pas attention vous allez avoir des complications ! », comme dans le diabète des complications cardiaques, oculaires etc. etc., je pense que si le patient est pas observant on essaie, on essaie de lui montrer ce qu'il risque, je crois que*

pour nous c'est un petit peu la seule façon de, de, de le sensibiliser. Je crois pas qu'on ait beaucoup d'autres moyens.

- JRO : c'est pas quelques choses que vous recherchez systématiquement ?

- MG9 : de quoi ?

- JRO : en consultation si le patient est observant ou pas ?

- MG9 : *beh le rechercher systématiquement heu nooon. On va s'en rendre compte par exemple si il fait des, son hémoglobine glyquée tous les trois mois bon là on va pouvoir aborder le sujet, après y a des patients chez qui on se pose pas de questions, on sait qu'ils sont rigoureux, donc là on n'a pas besoins de rechercher une non observance.*

- JRO : donc c'est plutôt quelques choses que vous recherchez chez des patients à risques d'être non-observant et que vous avez déjà ciblé ?

- MG9 : *oui chez qui oui, oui c'est vrai qu'on sent le patient qui est, enfin je pense que ça se ressent quand même le patient qui est pas observant heu, et puis bon on s'en rend compte au vu de ses résultats, par exemple prise de tension artérielle ou bilan biologique... ça je crois qu'on va s'en rendre compte hein.*

- JRO : d'accord quand vous vous en rendez compte vous l'abordez de façon directe, indirecte ou vous lui montrez les résultats ?

- MG9 : *ben oui on lui montre ses résultats c'est facile, ou alors le patient chez qui on fait une ordonnance de trois mois et qui revient après quatre mois, on lui dit « comment ça se fait ? » bon après il arrive toujours à vous dire « oh beh il me restait une boîte de la fois dernière ! » (rire) enfin bon ça c'est des éléments qu'on peut lui mettre aussi sous la vue donc heu...*

- JRO : ils sont plutôt honnêtes ?
- MG9 : *les patients ?*
- JRO : oui.
- MG9 : *heu pas tous ! non je pense pas (rire) je pense pas qu'ils soient tous honnêtes !*
- JRO : si heu, comme on parlait d'échange dans la prise en charge avec les collègues spécialistes, est-ce que c'est quelque chose que vous mentionnez dans vos courriers, vous échangez avec vos collègues spécialistes, heu des diabétologies, des cardiologues pour leur dire que vous suspectez un patient d'être non-observant ou pas ?
- MG9 : *non j'ai pas, non, non je ne pense pas le mettre dans mes courriers non.*
- JRO : est-ce que, cas particulier de la médecine générale, la visite à domicile, qu'est-ce que vous pensez de sa place dans le dépistage de la non observance ?
- MG9 : *(il souffle) vous pensez que ce soit une visite plutôt qu'une consultation, ça peut apporter quelques choses ? je suis pas sûr ! je suis pas sûr que ça apporte quelques choses...quoique vous me direz si on arrive au moment du repas que le patient il a une hypercholestérolémie et puis qu'on le voit avec son assiette de frites et son bifteck qui baigne dans le beurre, oui peut être que ça peut être un élément qui peut... oui peut être...mais je suis pas sûr que, visites –consultations ça change grand-chose.*
- JRO : trouver un patient non-observant aux règles hygiéno-diététiques, pour vous ça fait aussi partie de la non-observance au traitement?

- *MG9 : beh je pense oui, je pense que c'est un... l'observance bon elle est thérapeutique mais elle est aussi, elle est dans l'observance des règles hygiéno-diététiques ça, ça me paraît... parce que c'est une prise en charge globale d'une maladie chronique. Je pense que c'est un tout !*
- JRO : qu'est qui a contrario vous gêne dans le dépistage de la non-observance thérapeutique lors de vos consultations ?
- *MG9 : qu'est ce qui pourrait me gêner ? je sais pas...*
- JRO : le temps d'une consultation, la difficulté à gérer une consultation ?
- *MG9 : ah oui le fait de la, la durée de la consultation. C'est vrai que c'est un élément qu'on n'aura pas beaucoup de facilité à aborder au court d'une consultation comme ça et s'étendre sur le temps d'une consultation... oui c'est vrai à la limite c'est la difficulté qu'on peut avoir.*
- JRO : la fatigue, des affectes personnels, la lassitude...
- *MG9 : bah oui ça c'est vrai que des, parfois on a un peu moins de... si c'est le dernier de la journée on a envies de rentrer chez soi, oui ça peut influencer oui.*
- JRO : est-ce que le fait d'avoir peut être un souci, comme on parlait tout à l'heure, de pris en charge, si on est un petit peu plus isolé, qu'on n'a pas les collègues spécialiste à disposition, ça peut remettre la recherche de la non-observance ?
- *MG9 : heu muai non je sais pas... je sais pas*
- JRO : est-ce que vous avez un souvenir particulier de non observance d'un patient que vous pensiez bien à l'écoute de vos conseils et de votre discours ?

- *MG9 : non ça me vient pas comme ça, ça me vient pas à l'esprit...*
- JRO : en cas d'échec de non-observance à un traitement chez un patient vous incriminez plutôt le patient, heu c'est votre responsabilité, c'est la responsabilité du couple médecin-patient ?
- *MG9 : après on peut avoir des échecs, des échecs à un traitement, donc c'est vrai qu'il faut pas non plus toujours faire, la responsabilité est pas toujours à mettre sur le patient aussi je veux dire, on peut très bien instaurer un traitement qui va pas fonctionner hein ça peut arriver. Donc faut savoir aussi se remettre en question si un traitement ne fonctionne pas, c'est pas forcément la faute du patient hein.*
- JRO : c'est un problème auquel vous prêtez plus attention maintenant qu'en début de carrière ou pas plus ?
- *MG9 : heu non je pense pas que ce soit plus maintenant qu'avant. J'ai pas l'impression hein, j'ai pas l'impression...*
- JRO : est-ce que il y a des éléments qui vous permettent d'améliorer ou de plus vous inciter à rechercher la non-observance thérapeutique ?
- *MG9 : heu non.*
- JRO : des formations ciblées là-dessus ?
- *MG9 : peut-être, peut-être mais c'est vrai que les formations faut en avoir envie déjà, ça vient en plus de votre boulot (rire) enfin la plupart du temps, c'est rarement sur votre temps de travail et plutôt sur votre temps de loisirs hein , donc j'avoue que je suis pas un grand fan de formation comme ça, où il faut passer une journée, ou passer une soirée, j'avoue que je suis pas un grand fan.*
- JRO : des échanges avec des groupes de pairs ?

- MG9 : *non, non, non.*
- JRO : *qu'est que vous penseriez des campagnes publicitaires ?*
- MG9 : *oui ca je pense que ça, l'information de masse, je pense que le fameux vu à la télé, je pense que le patient il est très sensible à ça hein !*
- JRO : *de l'affichage dans le cabinet ?*
- MG9 : *non enfin je sais pas des campagnes publicitaire, je veux dire, à la télé par exemple puisque c'est un des media qui est le plus répandu... c'est vrai que les gens sont très sensibles à ce genre de choses. Apres bon oui, un affichage dans les salles d'attentes, oui pourquoi pas.*
- JRO : *est-ce qu'il y a un élément concernant ce sujet que vous voudriez abordez et auquel je n'ai pas pensé ?*
- MG9 : *non, non je pense que vous avez pensé à tout enfin à beaucoup de choses !*
- JRO : *merci.*

ENTRETIEN NUMERO 10

- Jean-Raymond ODABACHIAN (JRO) : pour commencer je veux vous demander ce qu'est pour vous un patient atteint de maladies chroniques ?
- *Médecin généraliste 10 (MG10) : (silence) c'est un patient (hésitation) qui vit avec quelque chose en plus que d'autres patients, et qui doit adapter sa vie en fonction de cette nouvelle pathologie.*
- JRO : quelle idée avez-vous de cette prise en charge ? est-elle plus particulière ?
- *MG10 : oui c'est une prise en charge qui impose... pour moi une maladie chronique c'est une prise en charge qui impose, on va dire dans 99% des cas une prise en charge multidisciplinaire et une prise en charge qui va forcément sortir de la dualité médecin patient et de la réponse systématique par une ordonnance : pour moi c'est l'éducation thérapeutique, qui est très à la mode.*
- JRO : qu'est-ce que pour un patient non observant ?
- *MG10 : un patient non observant, c'est un patient qui n'adhère pas à son traitement médicamenteux, ça c'est la définition basique, ou qui n'a pas compris l'intérêt de la prise de médicament et/ou de l'intérêt des consultations spécialisées nécessaires, toujours en matières de maladies chroniques je suppose ? hein voilà.*
- JRO : l'observance concerne que les médicaments ?
- *MG10 : non, non, tout ce qui concerne son hygiène de vie, donc l'éducation thérapeutique qui est la... je, je pense que le point commun de la plupart des maladies chroniques, pour moi, ça reste l'activité physique et sportive, entre autre, et*

puis bien sur tout ce qui est hygiéno-diététique et tout ce qui concerne sa maladie elle-même.

- JRO : est-ce que vous avez déjà entendu parler du problème de l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques ?

- MG10 : *oui.*

- JRO : par quels biais ?

- MG10 : *par le biais heu, de médias spécialisés, par le biais de formations continues et par le biais de la formation « éducation thérapeutique » ! (rires*

- JRO : durant vos études ?

- MG10 : *moins, j'en ai plus le souvenir...*

- JRO : pour vous quelles est la place du médecin généraliste face à cette problématique de la non observance thérapeutique ?

- MG10 : *la première ligne, le front !*

- JRO : en termes de dépistage ?

- MG10 : *oui, je dirais que l'on est à parts égales avec une infirmière, si la maladie chronique nécessite une infirmière.*

- JRO : et la place du médecin généraliste, une fois que c'est dépisté, dans la pris en charge de la non observance ?

- MG10 : *en première ligne puisque nous sommes les prescripteurs !*

- JRO : et justement est ce que le fait d'être prescripteur, l'observance thérapeutique du patient, le fait qu'il adhère à son traitement dépend de celui qui initie le traitement ou de celui qui le renouvèle ?

- *MG10 : j'ai l'intime conviction que ça dépend de celui qui initie le traitement puisque pour moi il y a une mauvaise compréhension de la nécessité du traitement.*

- JRO : du coup si le traitement est initié par des collègues spécialistes est ce que vous échangez sur un patient non observant avec le collègue spécialiste, cardiologue, diabétologue...

- *MG10 : oui c'est le but on communique par courrier et en général les spécialiste ici, en tout cas de la région, ne prescrivent pas. Donc ils donnent juste un courrier au patient en disant qu'il doit retourner voir le médecin pour la prescription, si vous parlez de médicaments.*

- JRO : entre autres.

- *MG10 : voilà !*

- JRO : quelles sont pour vous les conséquences potentielles de la non observance thérapeutique ?

- *MG10 : beh une aggravation de la maladie chronique qui va devenir aigue !*

- JRO : donc avec des répercussions cliniques, biologiques ?

- *MG10 : oui cliniques, biologiques, iconographiques et de qualité de vie.*

- JRO : et est-ce que du coup s'il y a aggravation de la maladie, une complication d'une maladie chronique ça va vous faire évoquer heu notamment comme étiologie la non observance, ou ça vient plus tard ?

- MG10 : *j'y penserai peut être pas en première intention. Peut-être après cette interview oui. (sourire)*

- JRO : tant mieux. (sourire)

- MG10 : *oui, non c'est le but hein !*

- JRO : et plus globalement la non observance thérapeutique, quelles conséquences peut-elle avoir pour vous sur le plan de la santé publique ou socio-économiques ? est-ce que vous y pensez ?

- MG10 : *en matière de dépenses publiques vous voulez dire ?*

- JRO : (silence)

- MG10 : *en matières de dépenses publiques, oui ça a forcément avoir une conséquence parce que, surtout en ce moment, on sait que la prévention coute beaucoup moins cher que le curatif surtout pour ce type de maladies. Et puis on est vraiment très influencé et motivé pour que ça se passe mieux, et moi je trouve ça très bien, et en matière de santé publique, oui parce que si le patient est mauvais observant thérapeutique y a forcément une part de déni de sa maladie, si y a un déni de sa maladie il pourra pas faire profiter à d'autres personnes, atteintes comme lui de ce type de maladies, de l'avantage d'un traitement ou d'une certaine façon de vivre ! si le patient est observant et qu'il a compris le principe du traitement médicamenteux et de sa pris en charge au quotidien et si il adhère à cette pris en charge il pourra mieux en parler à d'autres patients surtout si il peut bénéficier d'ateliers.*

- JRO : de quelle façon abordez-vous justement l'observance et son corolaire la non observance en consultation ?

- *MG10 : on essaie d'éviter de flicker, c'est à dire on essaie d'éviter de dire « c'est bien » « c'est pas bien », on va éviter de compter les médicaments, et on va essayer de faire en sorte que l'abord du traitement vienne de lui, et de voir, de lui demander ce qui est facile et de ce qui n'est pas facile dans sa prise de médicaments, ce qui facile et ce qui n'est pas facile dans ce qu'on lui propose de faire au niveau hygiéno-diététique et social ou professionnel, n'importe ça dépend de sa maladie, et en fonction de ce qui est facile ou non de le, de l'impliquer lui ! il faudrait en fait s'il y a une aggravation de son état de santé et tout, d'essayer de lui poser des questions ouvertes plutôt que fermées pour que lui-même vienne au problème du traitement médicamenteux et lui faire comprendre ce qui était mieux quand il prenait bien son traitement par rapport à maintenant s'il a abandonné un traitement et de lui faire voir le bénéfice–risque par rapport aux éventuels effets indésirables d'une prise en charge et par rapport aux bénéfices s'il le prenait.*

- JRO : c'est quelque chose que vous abordez avec l'ensemble de vos patients chroniques ou sur des patients que vous avez ciblé à risque d'être non observant, ou vous tester toute votre patientèle ?

- *MG10 : honnêtement quand tout va bien et que il n'y pas d'aggravation de la maladie et que le patient vient régulièrement, parce que avec l'outil informatique on peut quand même voir ou non si y a vraiment un décalage entre la prescription au moins sur les médicaments ou sur le poids qui ne change pas ou un truc comme ça... quand tout va bien : non ! mais si y a soit une aggravation, soit un patient qui n'est pas venu depuis six mois heu un changement dans sa vie on l'aborde plus facilement.*

- JRO : cas particulier de médecine générale, heu que pensez-vous de la visite à domicile dans le dépistage d'une non observance ?

- MG10 : *je ne peux pas vous répondre parce que je ne la pratique plus assez pour pouvoir, pour pouvoir évoquer ça, honnêtement oui... je pense que ça devait être bien il y a dix ans quand j'étais jeune installée je pouvais éventuellement faire ça, mais honnêtement là je fais qu'une demi-journée de visites par semaine, je ne peux pas juger.*

- JRO : c'est la pression des patients qui fait que vous ne faites plus de visites à domicile, ou la pression de la sécu ?

- MG10 : *non c'est parce que j'ai une clientèle surtout féminine et pédiatrique, j'ai pas beaucoup de personnes âgées.*

- JRO : d'accord.

- MG10 : *et donc... et puis j'ai un cabinet adapté aux personnes handicapés donc y a plus beaucoup de raisons d'y aller. (sourire)*

- JRO : qu'est ce qui pour vous, peut a contrario constituer un frein lors de vos consultations au dépistage de la non-observance thérapeutique ?

- MG10 : *j'aurais dit encore il y a quelques temps le fait que c'est chronophage, puisqu'on doit vous répondre tout le temps ça, mais heu là vous venez au moment où je viens de faire une formation sur, sur la prise en charge de l'éducation thérapeutique, que je répète tout le temps mais vous êtes venu à ce moment-là donc voilà heu, au cabinet et en fait je ne peux plus dire que c'est le temps à partir du moment où on arrive à avoir une écoute active, c'est à dire que si on pose directement la question il vont répondre « oui » « non » et on a l'impression d'avancer parce qu'on monopolise la consultation mais si on arrive à prendre du recul et essayer de faire parler plus en fait on apprend beaucoup plus sur l'observance que si on pose nous des questions directes. Alors le frein c'est peut-être que les gens non pas encore l'habitude de ce changement et qu'y a encore une*

certaine pudeur et qu'ils n'ont pas l'habitude d'avoir des questions sur heu, autres heu, que, que le truc habituel quoi donc heu et le frein c'est peut être que d'éviter justement d'avoir des questions trop inquisitrices et d'avoir ce rôle policier.

- JRO : par ailleurs les affects personnels tels que la fatigue, la lassitude, vous essayez de ne pas faire entrer ça en ligne de compte ?

- MG10 : *en ce qui concerne moi ? ah beh si ça c'est évident, mais ça c'est tellement aléatoire d'une journée à l'autre... alors je vais répondre plus précisément : je ne parle pas d'observance thérapeutique ou de truc comme ça en consultations libres. Parce qu'il y a des consultations sur rendez-vous et des consultations libres donc en consultations libres non parce que c'est vraiment le quotidien, ou si un patient ne prend pas rendez-vous et vient pour le renouvellement ce traitement en consultation libre il est évident qu'il ne veut pas qu'on l'embête donc dans ce cas-là il est inutile de forcer les portes. Donc on repropose un rendez-vous en trouvant une excuse ou suer un thème bien ciblé ou sur un truc sur lequel on pourrait avancer : si le patient accepte la proposition c'est bien, s'il en dispose autrement c'est son problème.*

- JRO : justement vous n'avez pas de patients malhonnêtes par rapport à ce sujet-là : la peur de la figure omnipotente du médecin ?

- MG10 : *si mais je pense pas que le mot malhonnête soit le terme. Vous savez nous, nous, on fait que proposer si le patient ne veut pas se soigner c'est son problème hein, je fais pas d'assistanat.*

- JRO : est-ce que vous vous souvenez d'une situation particulière de non observance que vous avez découverte alors que vous pensiez le patient bien à l'écoute de, de vos conseils et qui vous a marqué ?

- MG10 : *enfin heu, j'ai le cas de cette patient diabétique que j'ai vu ce matin, j'ai une mémoire antérograde surement meilleur que rétrograde, et qui est pas venu*

depuis six mois et qui m'a dit clairement « je dois des boites à la pharmacie », elle affiche sa non observance en toute transparence en disant « je ne veux pas perdre de temps dans une salle d'attente », donc je pense pas qu'il y ait de mensonge hein mais bon apres... quelqu'un qui m'a surpris (elle réfléchit) non, mais je pense que je ne fais peut être pas attention, assez attention.

- JRO : et devant cette patiente la quel a été votre ressenti devant cette affichage claire de la non observance ?

- MG10 : *beh j'ai déjà trouvé ça très bien parce qu'elle devait...le but c'est d'essayer de, de grappiller un petit peu en la valorisant le tant qu'on peut plutôt que la juger en disant « c'est pas bien, vous n'avez pas encore suivis votre traitement » ; le fait qu'elle me dise qu'elle devait des boites à la pharmacie j'ai dit c'est très bien. Ça veut dire qu'elle a toujours pas envie de venir plus souvent et de parler d'autres choses que du simple traitement, parce qu'y a un problème de surcharge et tout ça, bon en tout cas elle avait pris la peine quand d'aller à la pharmacie pour pas rester sans traitements pendant plusieurs mois.*

- JRO : donc comme vous le disiez tout à l'heure heu, si les patients ne veulent pas se soigner on ne peut pas les forcer, si un patient est non observant c'est de sa faute à lui ?

- MG10 : *non c'est son choix ! c'est pas une faute, c'est un choix, mais c'est pas que ça faute à lui parce que je répète qu'il y a peut-être une mauvaise compréhension à la prescription initiale ou peut être que j'avais pas évoqué des effets indésirables ou heu...non c'est 50/50 puisque je pense qu'il y a une mauvaise compréhension de la nécessité du traitement surtout pour des maladies qui sont asymptomatiques. Donc après on essaie, on peut pas tout révolutionner, mais si y a une mauvaise observance on essaie de voir, de poser des questions quand on arrive sur tel ou tel médicaments si y en a un qui a posé un problème qui a entraîné une non observance de tous les autres, non, non quand même pas. Non c'est pas ça mais quand y a un patient qui est mauvais observant dans ces cas-là heu quand je dis que je propose et qu'il dispose j'ai pas la prétention de tout révolutionner en une consultation mais on essaie de prendre un petit peu.*

- JRO : d'accord.
- *MG10 : mais après s'il veut pas il veut pas hein.*
- JRO : est-ce que c'est un sujet que vous abordez plus maintenant qu'en début de carrière ?
- *MG10 : oui, oui mais pas que forcément sur les médicaments.*
- JRO : comme vous le disiez sur les règles hygiéno-diététiques ?
- *MG10 : oui, plus on vieillit plus on se rend compte qu'on n'est pas tout puissant avec notre ordonnance hein (rires)*
- JRO : qu'est ce qui, pour vous, permettrait d'améliorer le dépistage de la non-observance en consultation ?
- *MG10 : ah beh le mot consultation est de trop par rapport à la réponse que j'allais vous donner. Je pense, que la meilleure observance heu, heu, se ferait avec une meilleure compréhension et nous on a beau expliquer, le patient à l'habitude et je pense qu'il enregistre 5-10 % pas plus ; si par contre c'est expliqué par d'autres patients je pense qu'ils seraient meilleurs observant et c'est pour ça que je crois beaucoup aux ateliers de groupes, avec d'autres patients.*
- JRO : est-ce que aussi des campagnes publicitaires pour sensibiliser le patient au bien fait de l'observance ?
- *MG10 : ah beh si le dieu télé nous aide, alors là c'est tout bénéf hein ! c'est tout le temps comme ça ! une fois que le dieu télé fait un petit passage à la messe de vingt heures, le lendemain on a les répercussions immédiates !*

- JRO : heu par ailleurs plus d'outils comme des grille ou des questionnaires pour faire des scores ?

- *MG10 : les questionnaires, quand vous distribuez des questionnaires aux patients, par expériences, si vous le faites en direct avec eux : ça marche, mais là c'est vraiment chronophage parce qu'ils partent sur pleins de choses heu, heu, donc c'est à gérer, il faut une consultation dédiée. Par contre un questionnaire qu'on donne et que le patient remplit à domicile, heu non c'est un échec, pour moi.*

- JRO : et donc heu apparemment comme vous l'avez fait...

- *MG10 : des consultations ciblées...*

- JRO : oui, mais des formations ciblées sur l'aide à l'adhésion du patient heu, heu donc ça, c'a été bénéfique pour vous ?

- *MG10 : ah ça a changé beaucoup oui ! franchement les formations d'éducatrices thérapeutiques ont ouai, m'ont donnée une certaine dose d'humilité déjà, et heu oui ont vraiment changé ma façon d'exercer oui.*

- JRO : pour information vous les avez faites avec qui ?

- *MG10 : la première que j'ai faite c'est une formation de 60 heures ici, avec je sais plus, avec le pôle liberté de Maubeuge et la dame qui a fait ça je sais plus, c'est son métier, elle est formatrice en éducation thérapeutique. Et j'en ai fait une autre à Lille heu dans le cadre du CNGE.*

- JRO : d'accord est-ce...

- *MG10 : le CNGE vous voyez ?*

- JRO : oui. Est-ce que des échanges avec des groupes de pairs pour voir comment eux travaillent aussi, ça peut-être bénéfique ?

- *MG10 : c'est quoi les groupes de pairs ?*
- *JRO : des groupes d'échanges entre médecins.*
- *MG10 : oui bien sûr oui. C'est ce qu'on a fait avec des jeux de rôles, c'est très étonnant.*
- *JRO : lors de la formation vous faisiez ça aussi ?*
- *MG10 : oui, oui.*
- *JRO : enfin est ce qu'il y a un élément concernant ce sujet que vous voudriez aborder et auquel je n'ai pas pensé ?*
- *MG10 : non tout va bien ! (rires)*

ENTRETIEN NUMERO 11

- Jean-Raymond ODABACHIAN (JRO) : Donc pour commencer ... euh... qu'est-ce que pour vous un patient atteint de maladie chronique

- *Médecin généraliste 11 (MG11) : c'est déjà un patient qu'on voit régulièrement, qui a forcément une pathologie ...euh... type diabète, hypertension artérielle ...euh... fin c'est chronique donc c'est parce qu'on renouvelle son traitement régulièrement en surveillant ... euh... comment dire, ses constantes, bilan sanguin régulier, etc. Pour moi c'est ça quoi, c'est une pathologie qui est là depuis très longtemps. Qu'on voit tous les mois, régulièrement, pour son renouvellement de traitement, en médecine générale.*

- JRO : un patient atteint de maladie chronique pour vous ça nécessite une prise en charge chronique

- *MG11 : euh... sauf ... euh ... des éventuelles complications à court, moyen, long terme. Y'a du chronique mai y'a aussi malheureusement des choses ... euh ... qui peuvent se greffer au niveau de sa pathologie quoi.*

- JRO : D'accord. Qu'est-ce que pour vous un patient ... euh ... par ailleurs non observant ?

- *MG11 : Bah j'dirais qu'c'est surtout ... euh ... malheureusement au niveau d'son éducation. Donc si il a été mal éduqué pour sa pathologie, y va pas forcément prendre correctement son traitement. Un exemple ... euh ... le régime : ça peut faire partie aussi de l'observance. Le traitement c'est que le traitement médicamenteux. C'est pas que prendre ses médicaments. C'est aussi ... euh ... le régime ... euh ... pourquoi pas ... euh ... l'éducation du patient, le poids ... euh ... surveiller son poids, surveiller son alimentation ... euh ... si y fait des activités sportives etc. Pour moi ça fait partie aussi de l'observance. C'est pas que les médicaments.*

- JRO : D'accord. Donc est-ce que ... euh ... vous avez entendu parler du problème de l'observance thérapeutique ... euh ... dans les maladies chroniques ?

- MG11 : *Euh ... oui, mais ... euh ... nous on a du mal àaaaaaa... puisque pour nous ils viennent tous les mois donc quelque part – fin j'parle des patients qui viennent au cabinet médical, c'est plus facile – euh ... en visite à domicile, vérifier leur pharmacie. On peut pas le faire quand ils viennent au cabinet médical. Donc pour moi ... euh ... logiquement, ils ont pris leur traitement. Si j'les vois ... euh ... tous mois. D'accord ?*

- JRO : D'accord. Est-ce-que vous avez été sensibilisé à ce ... euh ... à ce problème de la non observance via ... euh ... un média, un média spécialisé, des formations ?

- MG11 : *Sincèrement non.*

- JRO : La faculté ?

- MG11 : *Non, non. Sincèrement, j'ai pas été ... euh ... sensibilisé à ce problème. Et pis dans l'sens où nous maintenant on a quand même de plus en plus de personnes âgées donc on essaie de diminuer les traitements. Fin on essaie de passer par des traitements non médicamenteux. (...) Donc j'parle ... ouais pour euh ... donc c'est plus facile, à une personne ... euh ... de 90 ans d'arrêter sa statine que ... euh ... de surveiller ... euh ... le traitement tous les mois, si elle l'a pris ou si elle l'a pas pris quoi. Au niveau observance quoi. D'accord ? Fin, j'sais pas si vous avez compris ? Donc c'est plus diminuer ... euh... fin, donner moins de médicaments si on peut.*

- JRO : Pour améliorer l'observance ?

- MG11 : *Ben, quelque part. (rires) Indirectement, voilà.*

- JRO : Pour vous alors, quelle est la place du médecin généraliste face à cette problématique de la non observance ?

- *MG11 : Bah, pour moi on est quand même ... euh ... une plaque tournante. Fin, j'veux dire on est quand même les premiers ... euh ... à être ... euh ... présents quoi, auprès de nos patients, fin surtout au niveau ... euh ... des médicaments puisque, on peut les envoyer secondairement chez les spécialistes, mais c'est quand même, on est quand même les premiers concernés, effectivement.*

- JRO : En termes de dépistage ?

- *MG11 : Aussi, ouais.*

- JRO : D'accord. Donc, comme vous le disiez, la prise en charge, par contre, vous la délégueriez à un collègue spécialiste ?

- *MG11 : Pourquoi pas.*

- JRO : Une fois que c'est dépisté.

- *MG11 : Voilà. Effectivement. On travaille en équipe, donc effectivement j'hésiterai pas à faire appel à un spécialiste.*

- JRO : D'accord. Est-ce-que c'est quelque chose que vous abordez ... euh ... quand vous échangez ... euh ... au niveau des courriers avec des collègues spécialistes ?

- *MG11 : Pas toujours.*

- JRO : Si ils ont des patients non observants ?

- *MG11 : Pas toujours.*

- *JRO : Donc comme on en revenait au début, ou ce que vous avez cité ... euh ... dans cette problématique de la non observance quelle est la place de l'éducation thérapeutique du patient pour vous ?*

- *MG11 : On en a parlé, effectivement. Euh ... c'est très important puisque effectivement ... euh ... c'est des maladies chroniques, donc ... euh ... si on veut agir ... euh... même sur l'efficacité du traitement, il faut faire un travail d'éducation et préventif à la base, effectivement. Fin j'sais pas si j'réponds à votre question ?*

- *JRO : Si, si.*

- *MG11 : Donc, c'est très très important la prévention effectivement. Pour la bonne observance du traitement.*

- *JRO : Donc par ailleurs ... euh ... les conséquences de cette non observance, vous les... Pour vous quelles sont-elles ? Vous les évaluez comment, de quel type ?*

- *MG11 : fin, en général ... euh ... moi j'essaie d'faire quand même ... euh ... une consultation différente. Puisque c'est une personne que je... fin, généralement j'travailles sur rendez-vous, donc j'vais consacrer plus de temps, forcément, et pourquoi pas utiliser des échelles. On a la chance d'avoir des échelles dans tous les domaines, quoi. Et ça va très très vite hein. Maintenant on est informatisé, donc j'peux utiliser ... euh ... pourquoi pas une échelle gériatrique comme j'peux utiliser une échelle pourquoi pas pour la douleur, une échelle pourquoi pas pour le diabète, pour les régimes, etc. On a à notre disposition des instruments ... euh ... pour pouvoir effectivement évaluer l'observance ou pas. Du patient.*

- *JRO : Et ... euh ... les conséquences sur le plan de ... euh ... santé publique ou socio-économique, vous les évaluez de quel type ?*

- MG11 : *Malheureusement, hum... fin, très très mal. Nous on voit le patient ... Fin, on va dire on est là au service de sa santé, mais on a du mal à évaluer effectivement... euh ... ce côté santé publique, ce côté ... euh ... pourquoi pas financier aussi, hein, effectivement. Et ces côtés préventifs. Mais on est souvent informé par la sécurité sociale. Effectivement, on a des objectifs à atteindre et on profite de ça pour justement ... euh ... en discuter avec le patient, et ... les sensibiliser surtout au niveau prévention et en même temps au niveau observance. Et donc on est aidé par la sécurité sociale.*

- JRO : D'accord. Donc ... euh ... une anomalie dans le suivi ... euh ... que préconise la sécurité sociale, ça peut être un moyen, une circonstance

- MG11 : *Pourquoi pas !*

- JRO : D'aborder le sujet de l'observance ?

- MG11 : *Exactement. Un exemple avec en ce moment sur le diabète... euh ... sur pourquoi pas ... euh ... tout ce qui est dépistage, même si c'est que du dépistage préventif, mais ça peut effectivement rentrer dans le cadre d'une maladie chronique.*

- JRO : Et quand vous abordez ce sujet, est-ce que vous l'abordez avec ... euh ... avec l'ensemble de vos patients, ou avec des patients que vous jugez à risque d'être non observant ?

- MG11 : *Pas que les patients qu'on juge à risque d'être non observant, quoi. J'veux dire ... euh ... ça s'fait spontanément, et ça peut s'faire au cours d'une consultation ... euh ... pour un patient, comme on peut l'faire plus tard pour un autre patient. J'veux dire c'est pas ... euh ... du systématique. Ça rentre pas dans un ... comment on peut appeler ça ... euh ... ça rentre pas dans un ... un inventaire. Moi j'dis qu'c'est déjà au jour le jour ; on en parle, on en parle pas, en fonction de la psychologie du patient. Parce qu'en fait le patient, quand il vient, il vient pas par*

plaisir chez le médecin traitant, quoi. Donc en fait, il faut pas les brusquer, et il faut plutôt utiliser ... euh ... certains critères ou profiter de pour leur en parler. Genre la personne qui a une surcharge pondérale, etc, etc.

- JRO : Est-ce-que ... euh ... lorsqu'ils rencontrent des problèmes avec leur traitement, ou qu'ils sont non observants, est-ce-que certains patients vous le disent spontanément ?

- MG11 : *Que quand il y a des effets indésirables ... euh ... on va dire ... euh ... inhabituels ou sévères quoi. Quand c'est grave, ils en parlent. Des effets indésirables. Mais sinon, non, ils en parlent pas spontanément. Sauf si y'a des effets indésirables du traitement.*

- JRO : Vous choisissez un moment particulier de votre consultation avec le patient pour aborder ce sujet ? Début, fin, lors de l'examen ?

- MG11 : *Non pas forcément. Ça peut être au début, au milieu ou à la fin de la consultation. Non, y'a pas forcément un moment précis.*

- JRO : C'est en fonction de ressenti avec le patient que vous abordez ...

- MG11 : *Ouais. Voilà, c'est plus en fonction du ressenti, et puis, si vous voulez, si il veut pas en parler, il en parle pas, et une consultation qui dure à peu près 20 minutes ... euh ... moi j'laisse parler. On est à l'écoute et pis de là on profite peut-être de certaines ... de certains moments ... euh ... de la consultation. Enfin, y'a un côté psychologique quoi. Donc ... euh ... c'est très très important quoi ? Y'a un moment : ça peut être début, milieu, ou fin de la consultation.*

- JRO : Comme vous le disiez au début ... euh ... dans les maladies chroniques il peut y avoir un épisode aigu. Est-ce-que lors d'un phénomène de complication ou de décompensation d'une maladie ... euh ... comme vous décriviez diabète, hypertension, est-ce que la non observance c'est une étiologie que vous évoquez dans votre ... euh ... dans votre décision diagnostique ?

- *MG11 : Vous voulez dire qu'à cause de la non observance il y aurait eu un phénomène aigu ? Euh ... ça peut arriver, effectivement, mais le problème c'est que, généralement ... euh ... il est pas prêt psychologiquement. Quand il vient pour un problème aigu, c'est pas forcément bien de lui parler de la non observance.*
- JRO : Oui, mais est-ce-que vous, de votre côté, c'est un élément que vous intégrez ...
- *MG11 : Parfois.*
- JRO : Je suis d'accord, vous prenez en charge la pathologie aigue, bien entendu, mais après, a postériori, pour savoir pourquoi il y a eu cette complication ? Est-ce-que c'est quelque chose que vous évoquez ?
- *MG11 : Oui. Pis faut réévaluer, et ... non, j'suis d'accord : ça ouais effectivement, on le fait, mais pas forcément le jour même. On f'ra après. Voilà. Mais on l'fait, ouais.*
- JRO : Qu'est-ce qui par ailleurs pourrait constituer pour vous un frein au dépistage de la non observance lors de vos consultations ?
- *MG11 : Ben, déjà peut-être une mauvaise information ... euh ... la peur, l'angoisse ... euh ... pourquoi pas, malheureusement à cause d'internet quoi. Ça peut arriver quoi. J'veux dire ... euh ... des fois ça peut freiner quoi. Donc problème d'ignorance, mal informé, pourquoi pas des fois les médias quoi. Ça peut faire l'effet inverse.*
- JRO : Vous arrivez toujours à gérer le temps de votre consultation pour pouvoir intégrer cette notion de non observance ? Le temps de vos consultations vous le permet ? Vous n'êtes jamais pris par le temps ?

- *MG11 : Non, parce que bon ... fin, j'suis très bien organisé et ... fin, sur rendez-vous... non, non, non, franchement, et ... euh ... j'fais très attention, fin j'veux dire, moi j'me limite au nombre de consultations par jour, donc j'ai pas de problème de temps quoi.*
- *JRO : Ni de fatigue ou d'affect personnel ? vous ne faites pas entrer ça en ligne de compte pour ... euh ... ben pour mettre un peu ça de côté, quoi ?*
- *MG11 : Ben d'temps en temps, c'est vrai qu'on est aimé de nos patients, on les aime, ils nous aiment, et des fois c'est vrai que ça peut malheureusement jouer pour certains patients qu'on considère plus comme des amis que comme des patients. Ça peut arriver quoi. Pas pour tous les patients quoi. Ça peut jouer effectivement. Surtout la médecine, médecin de famille, quoi. Médecin de ville. Effectivement. On est privilégié mais on peut pas malheureusement ... l'exemple du toucher rectal, moi j'suis désolé, en tant que médecin de famille, j' préfère adresser mon patient ... à un uro-néphrologue quoi. Fin, on travaille en réseau. Moi j'pense que la non observance ... enfin, en parler, etc, j'suis pas l'seul, parce qu'on travaille en réseau, on travaille ensemble, on a notre propre réseau donc ça peut venir du spécialiste comme ça peut venir du médecin généraliste.*
- *JRO : C'est pas un domaine qui doit être exclusivement réservé au médecin généraliste ?*
- *MG11 : Non.*
- *JRO : La recherche de la non observance.*
- *MG11 : Voilà. C'est pas réservé qu'au médecin généraliste.*
- *JRO : D'accord.*
- *MG11 : Puisque on peut être gêné par ce côté ... euh ... amitié quoi.*

- JRO : Est-ce-que donc un patient convaincu par l'intérêt de l'observance, bien éduqué, peut être un moteur pour d'autres patients, s'il en parle autour de lui ? Est-ce-que vos patients échangent ?

- MG11 : *Pour moi, rarement. C'est plutôt ... euh ... « tiens, euh, mon voisin, son médecin il lui a donné tel médicament. Est-ce-que je peux avoir le même ? » (rires) D'accord ? Mais non ils ne se parlent pas de ça entre eux. En général quoi. Fin, pour ma part, hein, pour mon expérience personnelle quoi.*

- JRO : Est-ce-que vous avez le souvenir d'une expérience particulière d'un patient que vous avez découvert non observant alors que vous le pensiez être bien à l'écoute de vos conseils ?

- MG11 : *Effectivement, euh... Ouais, il y a une de mes patientes qui ... ouais déjà qui m'appelait tous les 2 mois, alors qu'habituellement c'était des traitements de 28 jours ou 1 mois quoi, et ... euh ... j'me suis rendu compte qu'en fait elle les prenait pas puisque dans sa pharmacie j'ai retrouvé des boîtes pleines de médicaments, fin des boîtes complètes qu'elle prenait pas quoi. Et en plus, elle m'appelait tous les 2 mois. Donc elle prenait pas ... malheureusement cette personne est décédée, mais j'veux dire ça m'a, ça m'a marqué quoi. Parce qu'on culpabilise.*

- JRO : D'accord. C'que vous disiez, vous l'avez découvert en visite à domicile ?

- MG11 : *Ouais. Visite à domicile.*

- JRO : Vous pensez que la visite à domicile, c'est ... euh ... un meilleur moyen pour dépister ... euh ... l'observance thérapeutique ?

- MG11 : *Oui. Oui, parce qu'ils sont chez eux, ils ont leurs repères, et c'est p't'être plus facile. Voilà, c'est p't'être plus facile d'en parler à domicile qu'en consultation.*

- JRO : D'accord.

- *MG11 : Bah ! Peut-être, hein. Fin, là c'était à domicile. La découverte de la non observance.*
- *JRO : Est-ce-que pour vous un patient non observant c'est, enfin la non observance, excusez-moi, plutôt d'un patient, elle est ... euh ... c'est la faute du patient ou du médecin ? si un patient est non observant ?*
- *MG11 : Oh j'dirais, euh, la part de responsabilité est partagée. Ça peut être, euh, y'a une part de responsabilité du médecin, y'a une part de responsabilité du spécialiste hein, et une part de responsabilité du patient ou de la patiente, effectivement. C'est partagé.*
- *JRO : Dans ce travail d'équipe que vous décrivez, de réseau ... euh ... dans ce réseau vous intégrez d'autres intervenants : infirmières, kinés... ?*
- *MG11 : Effectivement les paramédicaux, pourquoi pas, ouais, effectivement.*
- *JRO : Quelle est pour vous la place du pharmacien par ailleurs ?*
- *MG11 : Euh ... Moi j'dis que il a aussi effectivement sa place puisque ... surtout avec les génériques, ça c'est important ... euh ... d'expliquer au patient que ça c'est le générique de tel médicament parce qu'on avait eu un soucis récemment avec une personne qui prenait du lasilix et du furosémide, donc on lui avait pas expliqué que furosémide c'était le générique de lasilix. Donc malheureusement ça s'était quand même mal passé : déshydraté aux urgences quoi. Donc vous voyez, un pharmacien aussi a sa place, effectivement. Surtout actuellement avec les génériques.*
- *JRO : C'est un problème pour vous ?*
- *MG11 : Ouais. Les génériques, oui.*
- *JRO : Pour l'observance ?*

- *MG11 : Les génériques, oui c'est un problème pour l'observance. J viens de vous donner l'exemple lasilix / furosémide, comme j'pourrais vous donner d'autres exemples. Effectivement. Ils sont habitués depuis des années à prendre tel médicament, fin l'original, tel nom. Ça peut les perturber, surtout à partir d'un certain âge.*
- *JRO : Est-ce-que l'observance de vos patients c'est un problème auquel vous êtes plus attaché maintenant qu'en début de carrière ?*
- *MG11 : Oui.*
- *JRO : Pour des raisons dues aux mauvaises expériences que vous avez pu avoir ?*
- *MG11 : Effectivement, forcément, on est choqué. Effectivement. Et ... euh ... avec les années, on fait beaucoup plus... avec l'expérience et les années, on fait quand même beaucoup plus attention, effectivement. Je suis d'accord avec vous. Ce serait pas en début d'installation, mais plutôt... enfin... plutôt avec les années, effectivement, qu'on en prend compte, qu'on prend compte de ce problème là.*
- *JRO : Qu'est-ce-qui pour vous permettrait d'améliorer votre façon de dépister les patients non observants ?*
- *MG11 : Bah, déjà euh, notre formation. Fin, nos études déjà, ça c'est important, parce que je trouve que on en a pas assez parlé.*
- *JRO : A la faculté de médecine ?*
- *MG11 : A la faculté de médecine. On nous apprend à être médecin, mais on nous apprend pas... Fin, on nous apprend la médecine, mais on nous apprend pas forcément à être médecin quoi. J'sais pas, vous comprenez la différence ? ça c'est très très important, quoi. Euh ... on n'est pas forcément formé à ça. C'est un peu comme la comptabilité, la gestion, l'informatique : on en parle pas, c'est pas une*

matière à part quoi. La non-observance, puisque ça peut faire partie de toutes les spécialités : pédiatrie, neurologie, cardiologie, quoi. Fin, moi j'y pense qu'il y a déjà ... fin ... une information auprès des étudiants de médecine, et pourquoi pas avoir des formations continues qui puissent parler de ce problème. On a des formations continues, moi je suis pour les formations continues, mais c'est pas forcément pour parler de ce problème. Par les formations continues, c'est intéressant aussi.

- JRO : Qu'est-ce-que vous pensez des campagnes publicitaires ... euh ... par des médias de grande importance comme la télévision, type ... euh ... j'vous rappelle, celle sur les antibiotiques ? Sensibiliser les patients à être observants ?

- MG11 : *Euh, effectivement. C'est un plus. J'suis d'accord. Ça c'est un plus.*

- JRO : Un outil ciblé, spécialisé pour le médecin généraliste, peut-être ? On parlait des échelles tout-à-l'heure.

- MG11 : *pourquoi pas et puis que ça fasse partie d'une consultation, euh... Fin, que ça fasse partie systématiquement de la consultation. Pourquoi pas. Un peu comme le poids, la taille, euh ... nous la taille, surtout chez la personne âgée, c'est important, tassement de vertèbre, etc. Ça devrait faire de, euh, non seulement de l'examen clinique, mais aussi de l'interrogatoire.*

- JRO : D'accord. Est-ce-que par ailleurs des échanges avec des groupes de pairs, des groupes de parole entre médecins pour comparer les activités, la ...

- MG11 : *J'ai déjà eu l'occasion effectivement de le faire.*

- JRO : c'est enrichissant ?

- MG11 : *Oui. Euh, effectivement, mais là y'a un problème d'organisation, on est obligé de faire ça le soir... Un problème de temps, malheureusement, quoi. A l'avenir, est-ce-que c'est pas par internet, ou pourquoi pas faire la même chose mais ... ah, comment on peut appeler ça ... en téléguidé. Faire des vidéos.*

- JRO : Comme avec skype ou en téléconférence ?

- *MG11 : Pourquoi pas, ouais. Parce que là j'ai eu l'occasion de le faire les groupes de pairs, mais c'était le soir, après nos consultations, etc. On est quand même fatigué, on n'est pas forcément psychologiquement prêts à ... fin ... à partager toutes ces informations quoi. Fin, pour moi, hein, perso. Mais c'est intéressant.*

- JRO : Est-ce-qu'il y a un problème concernant l'observance thérapeutique que vous voudriez aborder et que je n'ai pas ... et auquel je n'ai pas pensé ?

- *MG11 : Ben, là ça me vient pas tout-de-suite à l'esprit, mais... euh... ben le plus simple, c'est de, pourquoi pas, vous recontacter si j'ai d'autres idées, effectivement. Pourquoi, pas, effectivement. Mais là, pour l'instant, j'ai rien d'autre à ajouter (rires). Et j'espère avoir répondu à vos questions.*

- JRO : Merci.

- *MG11 : (rires) De rien.*

ENTRETIEN NUMERO 12

- Jean-Raymond ODABACHIAN (JRO) : donc pour commencer je voudrai vous demander ce qu'est pour vous un patient atteint de maladie chronique ?
- *Médecin généraliste 12 (MG12) : beh c'est une maladie qui dure plus de un mois et pour lequel il y a un traitement et un suivi régulier. Voilà.*
- JRO : donc justement quelle idées vous vous faites de la pris en charge dont doivent bénéficier c est patients atteint de maladie chronique ?
- *MG12 : je n'ai pas d apriori puisque ça fait, je suis installé depuis 1977, donc heu entre maladie aigue et maladies chroniques, si vous voulez, la pris en charge est d'abord un patient, heu les dossiers des patients diabétiques, hypertendus cancéreux, heu maladies psychiatriques éventuelles, c'est la répétition de, des consultations, alors qu' une maladie aigue c'est court donc ce n'est ni une maladie infectieuse, ni une maladie habituellement ou une maladie traumatique ça n'est pas ponctuelle donc ce sont des patients que l'on revoit régulièrement habituellement.*
- JRO : c'est vous fixez la fréquence de cette heu...
- *MG12 : c'est toujours moi.*
- JRO : vous ne le faites pas en collaboration avec le patient ?
- *MG12 : c'est toujours avec le patient mais c'est moi qui lui propose les choses.*
- JRO : dans le cadre des maladies chroniques qu'est-ce que pour vous un patient non observant ?

- *MG12 : alors un patient non observant c'est un patient qui ne prend pas ses médicaments qui ne le dit pas et c'est un patient qui peut changer de lui-même les thérapies que l'on lui propose, c'est ça un patient non observant. Alors on peut le distinguer par rapport à un patient qui est itinérant ou un patient qui va de médecin en médecin ... ça peut en faire partie.*

- *JRO : est-ce que vous avez déjà été confronté au problème de l'observance thérapeutique dans les maladies chroniques ?*

- *MG12 : oui bien sûr parce que, je vais vous donner un exemple : dans un domaine, le domaine de l'hypertension artérielle, heu vous avez des patient on leur donne des médicaments on sait pas s'ils les prennent et la première cause de l'hypertension artérielle résistante c'est des patients qui ne prennent pas des médicaments de façon régulière. Ça c'est la première chose que... et la première question qui... c'est celle la qu'il faut se poser... alors les gens pour eux ils le prennent toujours, mais nous le disent pas.*

- *JRO : vous avez été sensibilisez comment à ce problème de l'observance thérapeutique ?*

- *MG12 : heu dans la mesure j'ai l'habitude de... dès que je me suis installé j'ai créé une association qui était une association qui était dans le quartier entre les médecins et les pharmaciens pour qu'on se connaisse. La collaboration entre le médecin et le pharmacien est absolument essentielle. Et bon quand on peut se voir de façon non formelle « bon tu sais monsieur untel, tu crois qu'il prend ses médicaments mais il les prend pas toujours » les observations sont... on peut avoir des informations qui ne sont pas forcément dit par le patient, on ne donne pas nos sources mais c'est toujours utile.*

- *JRO : c'est pas une, un élément de la pratique médicale à laquelle vous avez été sensibilisé durant vos études ?*

- *MG12 : non c'est simplement la pratique hein, simplement la pratique.*

- JRO : pas de formation continue à ce sujet ?
- *MG12 : non parce que ça fait partie de l'expérience du médecin.*
- JRO : pour vous quelle est la place du médecin généraliste face à cette problématique de la non observances dans les maladies chroniques?
- *MG12 : beh je pense que ça doit être lui le maitre d'orchestre des traitements et... je vais vous donner un exemple qui est très, très caractéristique : il y a une personne que je suis depuis à peu près trente ans qui est coronarienne qui a des troubles de l'audition et qui est âgée, elle a soixante-quinze ans ; elle a pour une raison été prise en charge par un centre de gériatrie, qui l'a amené à toute une batterie de spécialistes qui ont voulu absolument lui donner des traitements inutiles : traitement d'abord de dépression nerveuse, étant psychothérapeute je connais également et je sais quand il faut donner ou non des traitements anti dépresseur, reflexe oculo-stylo-moteur intellectuel : dépression égale médicament ; en faisant beaucoup d'imageries on trouve chez beaucoup de personnes un petit peu d'Alzheimer un petit truc comme ça, bon on donne de l'EXELON et sans, produit qui n'a jamais démontré son efficacité ; un neurologue hospitalier qui devait sans doute pas avoir une grosse expérience des patients mais qui a voulu absolument imposer des médicaments dont des médicaments inutiles, et bien le maitre d'œuvre c'est pas le spécialiste c'est moi, voilà ce que j'ai dit en termes diplomatiques, heu le médecin traitant doit garder la main, il peut demander des avis, les avis peuvent être non les même ça, ça fait parties des choses mais je pense que le médecin généraliste doit garder la maitrise des thérapeutiques, il n'est pas omniscient donc c'est pour ça qu'il doit s'entourer des avis des uns et des autres mais il n'y a pas de hiérarchie. Ayant, étant beaucoup plus diplômé que beaucoup de spécialistes et ayant suffisamment d'expérience je peux me permettre aussi de ne pas être dépendant hiérarchiquement de quiconque.*

- JRO : donc ça c'est le maitre d'œuvre dans la prise en charge thérapeutique, est ce que heu il est aussi le maitre d'œuvre ou carrément le premier acteur du dépistage ?

- MG12 : oui parce que à partir du moment où vous avez des gens en confiance, la confiance c'est heu, c'est de dire heu, les personnes théoriquement nous disent la réalité des choses, mais on sait très bien que la vérité, le mensonge ça fait partie d'un, on peut parfois ne pas être dupe, donc la non observance... l'hypertension artérielle est vraiment l'exemple même d'une non observance, heu la négligence est une autres cause, troisième cause ce sont les effets secondaires, effets secondaires qui peuvent amener les patients à arrêter d'eux même leur thérapeutique, heu heu effet secondaire qui peut être attribuer faussement à des médicaments heu ou qui est justifié parfois mais on sait très bien que cette non observance elle est tout à fait possible, dans la mesure où on revoit les gens régulièrement ben on s'en aperçoit à ce moment-là ; les gens nous le disent « je l'ai pas pris parce que j'avais des crampes » pour une statine ou « j'ai pas pu y aller longtemps parce que mes crampes étaient trop importantes », on comprend tout à fait, mon problème n'est pas de dire vous aviez tort, c'est déjà d'en tenir compte.

- JRO : vous parliez de confiance donc heu pour avoir cette confiance et permettre l'adhésion du patient au traitement qu'est-ce que vous faites ?

- MG12 : ah beh le problème de la confiance c'est d'abord du temps, alors du temps de façon heu, la première notion de temps c'est la répétition dans le temps, pour avoir la confiance de quelqu'un on ne l'a pas forcément la première fois, on peut avoir des atomes crochus, des atomes non crochus ça on sait pas mais le fait d'avoir un système répété la confiance se fait à ce moment-là, donc on rentre dans une forme d'intimité et de confiance qui se fait, donc ça c'est quand même la notion de cette répétition qui est le facteur primordial à ce moment-là... je pense qu'on peut pas se soigner si on a pas confiance en quelqu'un, on peut pas être soigné si on a pas confiance ; y a des gens pour lequel, qui sont indifférents, les rapports peuvent, il faut pas se faire non plus une illusion sur la dépersonnalisation des rapports entre individus qui est une réalité aussi, mais il y a heureusement quelques constantes humaines.

- JRO : donc dans votre patientèle quelles sont pour vous les conséquences de la non observance de la non adhésion a une maladie chronique ?

- MG12 : *beh ça peut avoir des conséquences plus ou moins graves selon les pathologies correspondantes ! une hypertension artérielle, quelqu'un qui ne se fait pas traité pour une hypertension artérielle peut avoir une hypertension artérielle maligne, des poussées d'hypertension graves avec un accident vasculaire cérébrale ; un diabétique peut être déséquilibré si il a pas le traitement optimisé par le traitement du diabète ... heu ... on peut les multiplier sur toute autre pathologie, mais il est certain que dans les maladies cardio-vasculaires c'est particulièrement vrai.*

- JRO : donc une décompensation ou une complication aigue d'une maladie chronique

- MG12 : *voilà, tout-à-fait*

- JRO : vous faites pour vous dans votre listing étiologique, vous placez en bonne position la non observance

- MG12 : *oui, absolument*

- JRO : est-ce-que vous avez une idée de ce que ça peut être à une plus large échelle, ce que ça peut donner comme complication en termes de santé publique ou en termes socio-économiques ?

- MG12 : *bah, en termes socio-économiques, il est certain que des médicaments qui restent dans les armoires à pharmacie qui sont achetées, ça a un coût, puisqu'ils sont achetés pour rien. Hein, donc ça a un coût, c'est évident. En termes de santé publique, bien entendu, je pense que les médicaments ont quand même, quoi qu'en*

disent les détracteurs, ont amélioré la santé publique et heureusement qu'il y a eu des médicaments efficaces.

- JRO : Lors de vos consultations, de quelle manière abordez-vous ... heu ... le problème de l'observance ou le dépistage d'une non-observance thérapeutique avec vos patients ?

- MG12 : *Je dis toujours prenez bien vos traitements, voilà. Puis je le sens.*

- JRO : Il y a une partie instinctive ?

- MG12 : *Pardon ?*

- JRO : Il y a une partie instinctive ?

- MG12 : *Oui. Oui, oui. Bien sûr. Les gens qu'on connaît, on sent les choses. On dit « vous prenez bien vos médicaments ? » De temps en temps il suffit de dire aussi ça pour remettre les choses ...*

- JRO : plutôt en fin ou en début de consultation ?

- MG12 : *ça dépend. C'est comme on le sent.*

- JRO : Vous n'avez pas de stratégie particulière ?

- MG12 : *Non. Non, non. Vraiment, c'est instinctif. C'est comme on connaît les personnes.*

- JRO : Donc il y a des patients que vous ciblez plus à risque d'être non observants ?

- MG12 : *Oui, absolument.*

- JRO : Est-ce-que, si vous dépistez une non-observance, c'est quelque chose que vous allez échanger avec un collègue spécialiste ... heu ... auquel vous adresseriez le patient ? Un endocrinologue ...

- MG12 : *Si je fais une lettre à un patient, puisque moi en tant que, comme j'ai également le diplôme de cardiologie, j'envoie des lettres aux médecins traitants qui m'adressent. Et quand j'envoie à une spécialité qui n'est pas la mienne, je peux être amené à dire, bon, quand la personne me dit ne pas prendre le traitement, je le marque noir sur blanc.*

- JRO : Vous informez vos collègues ?

- MG12 : *Absolument.*

- JRO : Heu, cas particulier de la médecine générale, la visite à domicile. Où placez-vous le rôle de la visite à domicile dans le dépistage de la non-observance ?

- MG12 : *Alors moi personnellement, je n'en fais plus. Heu ... j'en ai fait en début de carrière, et ... je vous avoue que je ne me trouvais pas très à l'aise dans les visites à domicile parce qu'on n'a pas les dossiers des gens. Donc ... heu ... et puis c'est quand même galère au bout d'un certain nombre d'années (rire). Y'a des personnes pour lesquelles on est obligé de se déplacer à domicile. Dieu merci, cette mauvaise habitude s'est quand même fortement atténuée. Mais elle reste importante dans le Nord.*

- JRO : Qu'est-ce-qui pour vous peut constituer un frein au dépistage de la non-observance thérapeutique lors de vos consultations ?

- *MG12 : La part de ... de non maîtrise qu'a le médecin. Je pense que c'est la part qui est laissée au patient, hein. Je pense que le libre arbitre du patient est toujours quelque chose qu'il faut accepter aussi, le mensonge, ce qu'il ne dit pas ...*
- JRO : Vous pensez que les patients mentent ?
- *MG12 : Oui, je pense que des patients peuvent mentir par omission. Oui, bien sûr.*
- JRO : Le problème de gestion de temps de la consultation : est-ce-que ça peut rentrer en ligne de compte ?
- *MG12 : Ecoutez, moi j'ai des consultations qui sont ... qui prennent du temps. Et la raison pour laquelle je peux le prendre, c'est parce que je suis aux honoraires libres. Donc ma liberté c'est les honoraires libres. La liberté de fixer le prix de sa consultation évite l'abattage. Et je pense que ... heu ... le temps est un facteur important, mais la liberté dans laquelle on prend son temps, c'est important.*
- JRO : Est-ce-que vous faites par ailleurs rentrer des problèmes d'affect personnel tels que la fatigue, la lassitude, le fait que ce soit un travail fastidieux ... ?
- *MG12 : Ecoutez, j'ai évité dans mon métier, chose qui arrive beaucoup chez beaucoup de médecins généralistes, les burnout. J'ai fait des conférences sur le burnout du médecin, parce que le généraliste ou un certain nombre de spécialistes, mais le généraliste c'est celui qui fait le plus de dépression nerveuse, de burnout, et puis il le dit pas et il reste souvent seul. Donc la lassitude ... heu ... ça peut être un symptôme du burnout, donc il faut renouveler, fondamentalement pour le généraliste, il lui est absolument essentiel de ... renouveler son métier. Absolument renouveler, se poser des questions, avoir des orientations, s'il y a une tendance à être trop routinier dans ce qu'il fait. Donc je pense qu'il peut y avoir la fatigue physique qui est importante ou la fatigue intellectuelle, ça c'est sûr.*
- JRO : Donc, si j'ai bien compris, le facteur le plus limitant, c'est le patient ?

- MG12 : *Je pense que oui.*

- JRO : Est-ce-que donc là vous avez en tête un souvenir d'une situation particulière de non-observance que vous avez découvert alors que vous pensiez le patient par ailleurs relativement réceptif à vos conseils et à vos prescriptions ?

- MG12 : *pas vraiment. Je pense que ... c'est ... c'est quand même relativement marginal.*

- JRO : Donc vous n'avez pas de mauvaise expérience ou de déception par rapport à ça ?

- MG12 : *non, non, non.*

- JRO : Et quand vous vous retrouvez face à une situation de non-observance, avouée ou dépistée par vous-même, quel est votre sentiment ? Vous vous remettez vous d'abord en cause ? Le patient ? Votre couple ?

- MG12 : *Mon couple patient ? (rires)*

- JRO : Votre relation médecin-patient ...

- MG12 : *Heu ... Non je pense que faut être assez, faut avoir un certain détachement. Je pense qu'il ne faut pas trop s'investir non plus. Ça fait partie de la vie, de la relation patient-médecin. De toute façon un médicament, quand on en prescrit, il faut toujours expliquer ce que l'on donne, à quelle dose, et pourquoi on le donne. Heu, je pense qu'on ne fait pas une prescription « tenez monsieur ». Dans les patients chroniques, on renouvèle les choses, on renouvèle les médicaments. Quand on arrête un médicament dans une prescription chronique, on dit pourquoi on l'arrête. Ce qui est parfois plus difficile, c'est d'arrêter un médicament plutôt que de le poursuivre, parce que là le patient se demande pourquoi vous arrêtez, donc l'explication est parfois beaucoup plus dure que de dire pourquoi on le prescrit.*

- JRO : Qu'est-ce qui pour vous permettrait d'améliorer le dépistage de la non-observance ... en consultation ?

- *MG12 : Je crois que c'est ... c'est essentiellement le statut du médecin qui soit un statut revalorisé dans tous les domaines : financier et symbolique. C'est ça je pense.*

- JRO : J'arrive pas à voir, excusez-moi, ce que ...

- *MG12 : oui je pense que l'influence que le médecin peut avoir en matière d'observance, dépend de la valeur symbolique que représente ce médecin par rapport au patient.*

- JRO : vous pensez que globalement il y a une dévalorisation de la figure du médecin dans la population générale ?

- *MG12 : il est encore ... je pense que le statut social du médecin s'est considérablement abaissé. Il est actuellement un cadre moyen au niveau financier. Heu ... dans le circuit d'organisation de soins, le système libéral est devenu assez dévalorisé par rapport au système hospitalier. Et donc la valeur du médecin et du médecin généraliste ou médecin traitant s'est dévalorisée au fur et à mesure. Mais ça c'est mon expérience personnelle de 40 ans.*

- JRO : Hormis cet élément très intéressant, qu'est-ce que vous penseriez de campagnes publicitaires ciblées sur les bienfaits de l'observance thérapeutique, notamment télévisuelles ?

- *MG12 : moi je pense que tout ce qui est à valeur ... heu ... de donner des messages simples, c'est-à-dire de ... de la nécessité de prendre le médicament que donne le médecin, est un rappel qui est toujours utile. Il est certain que la télévision a un impact important au niveau collectif. Certainement très, très important. Les gens croient à la télévision beaucoup plus qu'à l'écrit, c'est dommage mais c'est comme ça.*

- JRO : des outils de dépistage ?
- *MG12 : je ne pense pas que ce soit très utile pour le médecin traitant.*
- JRO : Est-ce qu'il y a un élément concernant l'observance thérapeutique que vous voudriez aborder, auquel je n'aurai pas pensé ?
- *MG12 : Non, pas vraiment.*

Annexe 4 : Codage axial

I. La maladie chronique, le malade chronique et le médecin généraliste

A. Définition de la maladie chronique par le MG

Une maladie chronique impose un suivi pour son équilibre

On ne guérit pas d'une maladie chronique

Absence de réflexions sur la définition d'un malade chronique

Une maladie chronique est incurable mais traitable

Une maladie chronique nécessite un traitement médicamenteux régulier

Une maladie chronique nécessite un suivi médical régulier

Une maladie chronique impose au patient d'adapter sa vie en fonction celle-ci

Une maladie est chronique quand le traitement est renouveler régulièrement

Une maladie est chronique quand elle est là depuis longtemps

Une maladie chronique peut se compliquer de problèmes aigus

Une maladie chronique se définit par sa durée et son suivis

Le problème de l'observance thérapeutique est global à toutes les maladies chroniques

B. Définition d'un malade chronique par le MG

Les patients atteints de maladies chroniques sont difficiles à gérer

Un patient atteint de maladie chronique est un patient qui doit vivre sa maladie comme compagnon

Tentative de définition d'un malade chronique

Définition d'un patient malade chronique

Un malade chronique est un patient qui nécessite des traitements au long court

Un patient atteint de maladie chronique est un patient à part des autres

Un médecin ne prend pas en charge une maladie mais un patient

C. Prise en charge d'un malade et d'une maladie chronique

Les patients atteints de maladies chroniques nécessitent une approche diversifiée et globale

Objectifs d'une prise en charge pour une maladie chronique dépistée

La prise en charge d'un patient atteint de maladie chronique est uniquement médicale biologique et médicamenteuse

Conscience par le médecin généraliste que la prise en charge n'est pas toujours acceptée par le malade chronique

La prise en charge d'un malade chronique est pluridimensionnelle

La prise en charge d'un malade chronique est permise par les sept items de la médecine générale

Un malade chronique doit être soutenu psychologiquement par son médecin généraliste

Le médecin généraliste doit bien orienter son malade chronique vers les spécialistes adéquats

La prise en charge médicamenteuse n'est pas une obligation au traitement d'un malade chronique

Bien informer un patient sur sa pathologie lui permet d'adopter les bonnes règles hygiéno-diététiques au quotidien

Le couple médecin patient n'est pas isolé dans la prise en charge d'une maladie chronique

Le traitement d'une maladie chronique associe ordonnance et éducation thérapeutique pour le traitement

Un patient atteint de maladie chronique nécessite une surveillance régulière

La prise en charge d'une maladie chronique se définit par un suivi régulier et une répétition des consultations

La fréquence des consultations est fixée par le médecin

La première cause à rechercher dans le déséquilibre d'une maladie chronique est la non observance thérapeutique

Le médecin généraliste doit bien expliquer la maladie chronique au patient afin de la faire adhérer au traitement

II. Les différents intervenants dans l'observance thérapeutique en dehors du MG

A. Les infirmiers

Infirmière garante de l'observance dans les maisons de retraite et EHPAD

Rôle de l'infirmière dans l'observance

Cas particulier des infirmiers pour l'aide au dépistage de la non observance thérapeutique

L'aide des infirmières à domicile est importante pour l'observance lorsqu'il y a dégradation cognitive chez les personnes âgées

Le dépistage de la non observance thérapeutique est partagé avec les infirmières

B. Les pharmaciens

Rôle du pharmacien dans l'observance

Le pharmacien a une place importante dans l'éducation thérapeutique pour une bonne observance et pour prévenir les iatrogénies

Sensibilisation à la non observance via une association de professionnels de santé locale

Il serait intéressant de faire participer le pharmacien au dépistage de la non observance

Autres intervenants paramédicaux dans l'observance thérapeutique

C. Entourage non professionnel

Rôle de l'entourage familial dans l'observance

Les recours pour aider à l'observance thérapeutique ne sont pas que médicaux ou paramédicaux

D. L'observance thérapeutique est affaire de collaboration

Le médecin généraliste n'est pas seul face au problème de la non observance

La place du médecin généraliste est importante mais pas ce dernier n'est pas isolé

Méthode d'amélioration de l'observance par la communication avec les autres professionnels de santé

Les paramédicaux font partie du réseau d'aide à l'observance thérapeutique

La sécurité sociale aide le praticien à cerner les problèmes de santé publique les plus importants afin d'améliorer sa pratique

Le médecin généraliste est un maillon de la chaîne que forme l'observance thérapeutique

Sensibilisation à l'observance thérapeutique via les délégués médicaux

III. La non observance thérapeutique, le malade chronique et le médecin généraliste

A. Définition de la non observance thérapeutique

Fréquence de la non observance en soins primaires

Formes de non observance

Problème de définition de la répercussion de la non observance thérapeutique sur la patientèle

Définition de la non observance thérapeutique

La notion de non observance thérapeutique est relativement récente

Rechercher la non observance c'est évaluer l'observance thérapeutique

La non observance thérapeutique est avant tout un problème relationnel

La non observance est une notion récente

Le problème de la non observance n'est pas plus abordé qu'en début de carrière

Un patient non observant peut être aussi défini comme mal informé de l'intérêt d'un suivi médical

Un patient non observant est un patient dont l'éducation thérapeutique n'a pas été bien réalisée

B. Prise en charge de la non observance thérapeutique

Les critères de prescription sont fonction d'un risque repéré de non observance

Il n'y a pas de problèmes de prise en charge d'une non observance thérapeutique si elle est dépistée

Absence de solutions pour prendre en charge les raisons d'une non observance en cas de dépistage

Une anomalie biologique dans le diabète amène à revoir l'ensemble des causes possibles à la majoration de l'HbA1c

Lors du dépistage d'une non observance thérapeutique le médecin généraliste doit rechercher les freins à cette observance

Exemples d'éléments à rechercher comme cause de non observance

Lorsqu'une non observance est dépistée il faut échanger avec le patient pour lever les freins

L'aveu spontané d'un patient à la non observance comme expérience surprenante et exemple de prise en charge

Lors de la découverte d'une non observance il est important d'en chercher les causes

La prise en charge d'une non observance peut être confiée au médecin spécialiste

Absence de solutions pour prendre en charge les raisons d'une non observance en cas de dépistage

Il n'y a pas de sentiment d'isolement du médecin généraliste pour gérer la non observance thérapeutique

C. Attitudes du médecin généraliste face à la non observance thérapeutique

Exemple de risque de non observance

Il n'y a pas de moyen d'affirmer une non observance thérapeutique hormis par l'aveu du patient

Fatalisme du médecin généraliste à ne jamais savoir si un échec du traitement est lié à la non observance thérapeutique

Au final le diagnostic de non observance thérapeutique est rare

Le médecin généraliste n'intègre pas la recherche de non observance thérapeutique dans le temps de sa consultation car il pense le patient pas honnête

Devant une non observance thérapeutique et l'échec de sa prise en charge le médecin peut se sentir désabusé

Le médecin généraliste peut stimuler les patients à être observant mais ne peut se substituer à eux

Le médecin généraliste ne doit pas hésiter à se remettre en question en cas de non observance d'un patient

La non observance est une notion dont le médecin généraliste tiens plus compte qu'en début de carrière du fait de la différence entre la théorie et la pratique médicale

Lors de l'échec d'un traitement le médecin généraliste doit se remettre en question

Le problème de la non observance n'est pas plus abordé qu'en début de carrière

Le médecin généraliste mène une guerre contre la non observance thérapeutique

Réaction positive du médecin devant l'attitude affichée et assumée de la patiente

Médecin généraliste doutant de son implication face au problème de la non observance

Il y a incompréhension et lassitude devant des patients ne respectant pas les ordonnances qu'ils viennent chercher auprès du médecin

Découragement vis avis des patients non observant

Exemple de solution recherchée pour pallier à une non observance

Le problème de la non observance plus abordé qu'en début de carrière mais pas uniquement sur les médicaments

Absence de mauvaise expérience avec une situation de non observance

La pratique médicale est en perpétuelle évolution durant la carrière

Incompréhension de la question, prise en charge de la découverte d'une non observance thérapeutique

D. Attitudes du patient non observant

Concernant la non observance à son traitement le patient n'est pas honnête envers son médecin généraliste et c'est un frein

Exemple de situation de non observance délibérément masquée par le patient

Le patient ne veut pas avouer sa non observance pour ne pas être tenu responsable de l'échec du traitement

Certains patients avouent spontanément leur non observance

Les patients sont honnêtes quant à leurs problèmes d'observances avec le médecin généraliste car ils ont le même but

Le nomadisme médical comme frein à l'observance

Un patient non observant l'est toute l'année

Lors de la découverte d'une non observance il est important d'en chercher les causes

Il y a un manque d'honnêteté des patients

Exemple d'une patiente assumant sa non observance

Un patient non observant ne prend pas son traitement et ne le dit pas au médecin traitant

Un patient non observant modifie ses thérapies de lui-même

Le patient non observant est dans le déni de sa maladie

Exemple d'un patient diabétique non observant et qui l'assume

Certains patients sont culturellement non observant

E. Conséquences de la non observance thérapeutique

Conséquences de la non observance

Exemples de situations cliniques de mauvaise observance

Exemple d'aggravation dans le cas de la migraine

La conséquence de la non observance thérapeutique est vécue comme un retour à l'état de malade par le médecin généraliste

La non observance thérapeutique est vécu comme une perte de chance pour le patient par le médecin généraliste

Une des conséquences de la non observance peut être l'ascension thérapeutique

La non observance conduit à une majoration des dépenses de santé

La première des conséquences de la non observance est l'évolution de la maladie du patient

L'absence d'observance au traitement a des répercussions sur la santé du patient avec des complications

La non observance peut avoir des conséquences iatrogènes

La non observance a des répercussions socio-économiques et de santé publique

Exemple de complications dans une maladie chronique par non observance

Le risque lié à la non observance est la complication de la maladie chronique

Le risque d'une non observance est le passage à une forme aiguë de la maladie chronique

Il y a un objectif économique important à effectuer de la prévention contre la non observance thérapeutique et ses complications

Les conséquences en terme de santé publique ou socio-économique sont difficile à évaluer à l'échelle du cabinet médicale

La non observance est responsable de décompensation des maladies chroniques

Les conséquences de la non observance thérapeutique s'évalue par un surcout pour la société

La non observance thérapeutique occasionne une majoration de la morbidité et de la mortalité

L'accusation d'une maladie chronique a des répercussions clinico-biologique et de qualité de vie

Cas particulier du patient psychiatrique et diabétique

La survenue d'une complication chez un patient peut être l'occasion d'une prise de conscience de l'importance d'être observant

IV. L'observance thérapeutique

A. Définition de l'observance thérapeutique

La problématique de l'observance thérapeutique dépend de la pathologie chronique

L'observance est le fait de prendre un traitement sans l'omettre ou de choisir ses jours de prises

L'observance thérapeutique dans les maladies chroniques concerne aussi l'adhérence aux règles hygiéno-diététiques

L'observance thérapeutique ne concerne pas uniquement le traitement médicamenteux

A priori un patient qui vient en consultation il est observant

Le médecin généraliste est un maillon de la chaîne que forme l'observance thérapeutique

L'observance thérapeutique n'est pas que médicamenteuse elle est aussi dans les règles hygiéno-diététiques

B. Formation médicale et observance thérapeutique

Formation médicale sur l'observance thérapeutique

Découverte passive du problème de l'observance thérapeutique via les medias

Absence de formation à l'importance de l'observance thérapeutique

Sensibilisation à l'observance thérapeutique par les patients

Sensibilisation à l'observance thérapeutique par une formation

Sensibilisation à l'observance thérapeutique lors d'une FMC

Déséquilibre dans le traitement des sujets lors des FMC

Peu d'intérêt montré par les médecins généralistes en FMC pour le sujet de l'observance thérapeutique

Pas de sensibilisation au problème de l'observance thérapeutique durant les études

Problème de l'observance thérapeutique évoqué en FMC

Découverte du phénomène de non observance thérapeutique sur le terrain

L'observance thérapeutique devient un objectif pour le médecin généraliste au cours de sa carrière

Absence de sensibilisation au problème de l'observance thérapeutique au cours des études

Absence de sensibilisation au problème de l'observance thérapeutique au cours de formation par refus du médecin généraliste

Les stages chez le praticien lors de l'internat comme moment de sensibilisation à l'observance thérapeutique

Absence d'évocation du sujet de l'observance thérapeutique en FMC

Pas de formation spécifique à l'observance thérapeutique

La notion d'observance est connue via les FMC ou les medias spécialisés

Connaissance du problème de l'observance thérapeutique via les médias et des formations

Problème de l'observance thérapeutique non abordé pendant les études

Pas de sensibilisation au problème de l'observance thérapeutique

Pas de formation universitaire à l'observance thérapeutique

Sensibilisation à l'observance thérapeutique uniquement par la pratique

Les techniques d'adhésion du patient à son traitement sur le plan psychologique ne sont pas enseignées à la faculté

C. Relations entre médecin généralistes et médecins spécialistes d'organes

Spécialiste d'organe conseille mais ne prescrit pas

La fréquence des consultations avec les malades chronique confère une place centrale au médecin généraliste dans l'observance thérapeutique

L'échange avec le collègue spécialiste sur une non observance thérapeutique n'est pas systématique

Le risque de ne pas impliquer le médecin généraliste dans les traitements de certaines maladies est qu'ils soient perdus de vues

Devant la complexité de gestions tant sur le plan psychologique que thérapeutique la prise en charge spécialisée peut être arrangeante

La prise en charge d'une non observance peut être confiée au médecin spécialiste

Le rythme de consultation du spécialiste ne lui permet pas d'être en première ligne dans le problème de la non observance

Il n'y a pas d'échange sur la non observance avec des collègues spécialistes

L'échange médecin généraliste-spécialiste d'organe est primordial

Le spécialiste d'organe conseil le traitement au médecin généraliste qui initie le traitement

La prise en charge d'une non observance peut se faire en collaboration avec un collègue spécialiste d'organe

La découverte d'une non observance n'est pas systématiquement évoquée avec le spécialiste d'organe

L'échec de l'observance d'un patient à son traitement est partagé entre le médecin traitant le spécialiste d'organe et le patient

Exemple de conflit entre médecin traitant et spécialiste d'organe sur la thérapeutique

Il ne doit pas avoir de hiérarchie entre les différents intervenants médicaux

Il y a un échange entre le médecin traitant et les spécialistes d'organes

Le problème de la non observance thérapeutique n'est pas abordée par téléphone avec un collègue spécialiste

La place du médecin généraliste est importante mais pas il n'est pas isolé

Pas d'intervention dans un traitement de spécialistes quand les limites de la connaissance sont atteintes

En cas de doute sur l'efficacité d'un traitement ou la non observance d'un traitement il y a échange avec les collègues spécialistes d'organes

Intérêt d'un partage entre praticiens sur les façons d'aborder le problème de la non observance pour enrichir les pratiques de chacun

D. Rôle du médecin généraliste dans l'observance thérapeutique

Importance du rôle du médecin généraliste dans l'observance

Importance d'expliquer le traitement

Importance de rappel des modalités médicamenteuses

Le médecin est le garant de la prise du médicament

Observance thérapeutique dépendante de l'explication du traitement par celui qui le prescrit

La fréquence des consultations avec les malades chroniques confère une place centrale au médecin généraliste dans l'observance thérapeutique

Le médecin généraliste doit bien expliquer la maladie chronique au patient afin de la faire adhérer au traitement

Pour évaluer l'observance le médecin généraliste doit y sensibiliser les accompagnants du patient

Le médecin doit vendre son traitement pour obtenir l'adhésion de son patient

Le médecin généraliste à une place centrale dans la prise en charge de l'observance à un traitement car doit en assurer la pérennité par rapport au spécialiste qui ne fait que l'initier

La place du médecin généraliste est centrale aussi quand il initie un traitement

Une non observance thérapeutique est de la responsabilité du médecin initiateur du traitement

Le vieillissement de la population doit conduire à réduire les traitements médicamenteux et donc les problèmes d'observance

L'éducation thérapeutique est fondamentale pour rendre un traitement de maladie chronique efficace et le patient observant

L'adhésion d'un patient à son traitement et donc son observance passe par une explication de sa maladie et l'intérêt du traitement

Responsabilité du MG de la prescription du traitement

Le médecin généraliste doit expliquer clairement ses objectifs lors de l'introduction du traitement

Le médecin doit élaborer une stratégie pour arriver à ses objectifs

Important de bien expliquer la maladie pour assurer l'observance

Pour qu'elle soit suivie une prescription doit être explicitée

Lorsque le médecin traitant décide d'arrêter un médicament il doit aussi l'expliquer

L'observance thérapeutique ne dépend pas que du prescripteur

Exemple de l'importance de l'observance thérapeutique autre qu'un médicament

V. Cas particulier de la visite à domicile

A. Avantages de la visite à domicile

Importance de la visite dans le dépistage de la non observance thérapeutique

Repérage de la non observance par l'examen de l'armoire à pharmacie

Méthode de repérage de la non observance thérapeutique par l'armoire à pharmacie

Rôle majeur de la visite à domicile pour le dépistage de la non observance thérapeutique

La visite à domicile est une façon de dépister une non observance thérapeutique par l'inspection de l'armoire à pharmacie

La visite à domicile peut permettre d'évaluer les modalités de consommation médicamenteuse d'un patient

La visite à domicile peut permettre de mieux appréhender l'observance thérapeutique

La visite à domicile permet d'explorer les boîtes de médicaments consommées par le patient

La visite à domicile peut donner des indications sur l'hygiène de vie du patient

La visite à domicile permet de vérifier le stock de médicament dans les armoires à pharmacie

La visite à domicile comme circonstance de découverte d'une non observance

Le fait d'aller à domicile confère une place particulière au médecin généraliste

La visite à domicile ne concerne pas tous les patients

Exemple de situation de découverte de non observance thérapeutique en visite

La visite à domicile est une situation idéale pour le dépistage de la non observance thérapeutique

Autrefois la visite était un moyen d'investigation chez le patient

Exemple de patient non observant constaté à domicile

B. Désavantages de la visite à domicile

La visite à domicile ne doit être qu'un cas de force majeure

La visite à domicile n'est pas propice à un bon examen clinique et à la discussion avec le patient

La visite à domicile est réservée à une pathologie aigue et donc laisse peu de temps au dépistage de la non observance

La visite à domicile ne permet pas un examen complet

La visite à domicile est devenue un cas de force majeur pour le médecin du fait de la sécurité sociale

La visite à domicile se fait de moins en moins

La suspicion d'une non observance thérapeutique ne justifie pas un passage au domicile

La visite à domicile ne doit pas être vécue comme invasive par le patient

Doute sur l'apport de la visite à domicile dans le dépistage de la non observance

Pas d'avis sur l'utilité de la visite à domicile car peu pratiquée du fait d'une patientèle féminine et pédiatrique

VI. Médecin généraliste, patients et représentations

A. La relation médecin-patient

Importance d'avoir une relation de confiance avec ses patients plus que d'outils de dépistage

La crédibilité du médecin généraliste est engagée lorsque le traitement n'est pas efficace

Sensation de trahison du patient de la part de son médecin généraliste s'il en parle avec un collègue spécialiste

La recherche de la non observance thérapeutique est une perte de temps du fait du manque d'honnêteté du patient dans sa réponse

Le médecin généraliste est obligé de faire confiance au patient par manque de contrôle direct possible

La non observance thérapeutique est avant tout un problème relationnel

Le patient abordera plus facilement certains sujets avec le médecin généraliste qu'avec un spécialiste

Sujet abordé de façon différente en fonction de la relation que le médecin a avec le malade

La proximité avec les patients en tant que médecin traitant peut être un frein à certains dépistages

Concernant la non observance à son traitement le patient n'est pas honnête envers son médecin généraliste et c'est un frein

La confiance est un travail de longue haleine entre le médecin généraliste et le patient

Les patients sont honnêtes quant à leurs problèmes d'observances avec le médecin généraliste car ils ont le même but

Il y a un manque d'honnêteté des patients

Pour arriver à faire coïncider ces impératifs il faut cerner le ressenti du patient

Le médecin généraliste ne se pose pas en tant que père

Une attitude trop autoritaire ne permet pas d'obtenir l'adhésion des patients

La culpabilisation du patient comme stratégie d'adhésion au traitement

La proportion de patients refusant d'aborder le problème de la non observance thérapeutique est faible dans une patientèle

Lorsqu'un patient avoue une non observance il ne faut pas le juger

Le médecin traitant doit être à l'écoute et laisser parler le patient de ce qu'il veut aborder

Le patient doit être orienté par des questions ouvertes pour qu'il parle lui-même de ses problèmes rencontrés avec le traitement

Important de bien expliquer la maladie pour assurer l'observance

Le médecin ne doit pas hésiter à interroger son patient sur son ressenti sur leur relation

Il est nécessaire de faire reformuler au patient ce qu'il sait sur sa maladie

La recherche de la non observance thérapeutique n'est pas facile du fait de l'attitude des patients

Découragement vis à vis des patients non observant

Les besoins du patient et les objectifs du médecin généraliste sont différents

Aveu d'absence de relation empathique envers le patient quant à son ressenti sur sa maladie

Il ne faut pas forcer un patient qui vient en consultation libre pour son renouvellement à discuter de ses problèmes d'observance

L'activité de médecin installé nécessite une approche moins rigide de la relation médecin-patient sous peine de conflits

Le dépistage d'une maladie chronique c'est comme un mariage pour le couple médecin-patient

Le travail du médecin ne devrait être jugé par le patient que sur l'efficacité médicale et non sur les contraintes qu'elle entraîne

Les patients sont centrés sur leur attentes et pas sur le discours du médecin

Exemple de conflit entre les désirs du patient et les objectifs du médecin généraliste

Malgré des conflits sur la prise en charge les patients restent fidèles à leur médecin généraliste

Le médecin et le patient sont les principaux frein au dépistage de la non observance thérapeutique

Le dialogue permet de connaître le ressenti du patient concernant sa maladie

Faire coïncider les besoins du patient et les objectifs du médecin est une tâche ardue

Il est important que le patient ne se sente pas piégé dans la démarche de la non observance pour conserver son adhésion

Si le patient est non observant ce n'est pas la faute du médecin ou du couple médecin –patient

Attitude empathique du médecin généraliste sur la situation du malade chronique

Craintes par le médecin généraliste d'être rébarbatif à dépister la non observance thérapeutique

Il y a incompréhension et lassitude devant des patients ne respectant pas les ordonnances qu'ils viennent chercher auprès du médecin

La façon d'aborder la non observance dépend de la personnalité du patient

Evolution de la relation médecin-patient vers la recherche d'autres sources d'informations pour le patient

La recherche de la non observance doit passer par une progression dans la relation entre le médecin et le patient

B. Responsabilité face à la non observance thérapeutique

S'il y a un problème de non observance c'est que le patient en est responsable

Le couple patient-médecin est responsable de la non observance thérapeutique

La responsabilité est partagée dans la non observance entre le médecin et le patient

Si le patient refuse l'aide du médecin c'est de sa responsabilité si sa maladie se complique

Il n'y a pas de faute à être non observant c'est un choix du patient

La non observance à un traitement est de la responsabilité du couple médecin-patient

La non observance thérapeutique est plutôt de la faute du patient

Le patient est responsable de ce qui lui arrive s'il n'est pas observant

Lorsque les informations sont données de façon claire et honnête sur les risques encourus le patient est responsable de la non observance

Le patient est maître de son corps

Sentiment de ras le bol d'être rendu responsable de tout par le médecin généraliste

Si le patient n'a pas compris sa maladie et son traitement il ne sera pas observant

La responsabilité de la non observance incombe au couple médecin-patient

Le patient est responsable de l'échec d'un traitement si celui-ci est lié à la non observance

Le patient ne veut pas avouer sa non observance pour ne pas être tenu responsable de l'échec du traitement

L'observance thérapeutique n'est pas seulement le fait du prescripteur mais du couple médecin-patient

Malgré toute la bonne volonté du médecin généraliste il existe quand même des échecs

Le patient a assez d'informations sur l'importance du traitement par les medias et les médecins et doit se responsabiliser

C. L'instinct et le médecin généraliste

Le médecin généraliste ressent les patients non observant

Le médecin généraliste est un médecin de famille qui sait reconnaître les tendances à la non observance de ses patients

Représentation quasi magique de l'influence qu'avaient les médecins généralistes sur leurs patients

Il est facile pour le médecin généraliste de repérer les patients observant ou non observant

D. Le patient et l'observance

Incompréhension du patient de l'importance de l'observance

Motif de la non prise de médicament

Certains patients sont culturellement non observant

Il existe des patients plus à risque d'être non observant

Pas d'échange entre les patients sur les bienfaits de l'observance thérapeutique

Les patients évoquent les problèmes de médicaments qu'en cas d'effets indésirables sévères

Un patient conscient de l'intérêt de l'observance thérapeutique peut participer à la santé publique en communiquant autour de lui

Problématique de l'observance des personnes dépendantes (exemple des enfants)

Le manque de temps est un facteur de non observance chez l'actif

La méconnaissance de la maladie est un facteur de non observance des classes défavorisées

Un patient non observant l'est toute l'année

La démarche de renouveler son traitement fait partie de l'observance

L'observance thérapeutique varie au cours du temps

Le niveau social comme frein à l'observance thérapeutique

Certains patients n'acceptent pas que l'on doute de leur bonne foi ou de leur adhésion au traitement

Les patients diabétiques sont moins observant que les autres patients atteints de maladies chroniques

Les patients diabétiques sont moins observant que les autres malades chroniques
La non observance des diabétiques est liée à l'absence de symptomatologie du diabète

Les patients qui posent le plus de problème à l'observance sont les jeunes actifs

Un malade chronique âgé ou un adolescent peuvent avoir le même comportement face à la maladie et au traitement

Il existe un lien entre ressentie pathologique par le patient et l'observance du traitement

Les patients qui sont les plus à risques de non observances sont ceux qui dénie leur maladie chronique

Problème de l'observance dépend du caractère symptomatique ou non de la maladie chronique

Le diabète et l'hypertension comme pathologies citées sur lesquelles les patients peuvent faire des efforts

Le patient est informé des risques liés à la non observance mais n'en est pas conscient

Les patients ne sont pas tous tenu informé de la même façon des risques de complications en fonction de leur maladie

Le diabète est plus problématique pour garder un patient observant que l'hypertension artérielle car asymptomatique

E. Le médecin généraliste et ses représentations de son activité face au problème de l'observance

Le médecin généraliste mène une guerre contre la non observance thérapeutique

La faculté de médecine apprend la médecine mais pas à être médecin

La peur d'un médicament suite à des informations médicale relayée par des médias de masse comme cause de non observance

Le problème de l'observance ne dépend pas uniquement de la classe sociale

La pratique de la médecine est vécue comme une activité solitaire

La valeur et donc la représentation du médecin généraliste libérale s'est dégradé au profits du médecin hospitalier

Le médecin généraliste aime être au centre des prises en charges même s'il n y participe pas activement

Rendre le patient observant est un défi

Le dépistage d'une non observance ne doit pas être vécu comme un échec

Evolution des représentations du praticien sur l'observance thérapeutique au cours de sa carrière

L'activité de remplaçant permet de se faire une idée sur l'activité que l'on voudra mettre en place lors de son installation

Certains patients restent fermés aux questions sur la non observance ce qui peut être décourageant

La menace de survenue de complications grave de leur pathologie comme moyen d'aborder l'observance thérapeutique

La menace de survenu de complication utilisé dans le diabète

La menace de survenue de complications comme seule solution connue

VII. Le médecin généraliste et le dépistage de la non observance thérapeutique

A. Maladies chroniques dont le médecin généraliste se sent concerné par le dépistage de la non observance thérapeutique

Exemple de pathologies prioritaires pour le médecin généraliste

L'insuffisance cardiaque est plus sujette à décompensation que le diabète car il y a plus d'outil pour dépister une non observance

Exemple de situation particulière ou la non observance thérapeutique est recherchée

La non observance thérapeutique chez les patients psychiatriques surveillés en priorité

Les patients diabétiques comme principale source de préoccupations pour l'observance thérapeutique

Le diabète comme souvenir principal de patient non observant

Exemple de maladies chroniques prises en charge en médecine générale

La question de l'observance au traitement est abordée surtout à l'occasion d'une anomalie clinique pour la tension artérielle

Il y a un sentiment d'exclusion de certains domaines par le médecin généraliste en dehors du diabète et de l'hypertension

Exemples de maladies chroniques prise en charge par les médecins généralistes

Le médecin récupère de ses prérogatives notamment dans les formes orales de traitement de cancer du sein

Le domaine ophtalmo est aussi un secteur dont le médecin généraliste est exclu

Le cancer est une maladie chronique dont le médecin généraliste se dit exclu

Exemple de pathologies chroniques

Exemple de maladies chroniques

Exemple de non observance thérapeutique dans l'hypertension artérielle

B. Circonstances d'abord de l'observance et de la non observance thérapeutique

Moment de la consultation ou le sujet de la prise du médicament est abordé

Exemple de circonstance de dépistage de non observance thérapeutique

Le dépistage au cabinet de la non observance thérapeutique est difficile en dehors d'une anomalie clinique

La décompensation ou la complication clinique comme situation de découverte d'une non observance thérapeutique

Circonstance d'abord de la non observance lors d'une situation clinique non conforme avec la prise du traitement

Le contrôle biologique chez le diabétique permet de faire avouer une non observance thérapeutique

Dépistage de la non observance difficile chez les personnes vivant seules

La décompensation aiguë d'une maladie chronique est une situation peu fréquente de dépistage de non observance

Le bilan anormal du diabète comme situation la plus fréquente de dépistage d'une non observance thérapeutique

Le problème de la non observance est abordé avec les patients en fonction des circonstances

L'absence de circonstances évocatrices d'une non observance n'incite pas à aborder le sujet

Les patients ciblés paritairement par les dépistages ont environ cinquante ans

La lecture d'un bilan biologique comme circonstance d'abord de la non observance thérapeutique

Lors d'une anomalie à l'examen clinique certains patients avouent leur non observance

Actuellement la non observance thérapeutique est une cause à évoquer en l'absence d'efficacité thérapeutique

Le médecin généraliste doit être à l'affut d'une non observance thérapeutique dès qu'il y a une discordance clinique et thérapeutique

La décompensation aiguë d'une maladie chronique n'est pas le mode de dépistage le plus fréquent

Exemple de circonstances lors d'une consultation qui doit faire évoquer une non observance thérapeutique

Le rythme de consultation pour renouveler son traitement est un indice sur l'observance au traitement par le patient

Une complication aiguë est rarement un moment de dépistage d'une non observance

La question de l'observance au traitement est abordé surtout à l'occasion d'une anomalie clinique pour la tension artérielle

Une anomalie biologique dans le diabète amène à revoir l'ensemble des causes possibles à la majoration de l'HbA1c

Une complication chez un malade chronique ne fait pas spontanément évoquée une non observance

L'entretien fait prendre conscience au médecin généraliste que la non observance peut être une étiologie de complication

Une anomalie clinique sur des chiffres tensionnels peut être une découverte de non observance

Les éléments clinico biologique sont un support pour aborder le sujet de la non observance avec les patients

La complication d'une pathologie chronique ne doit pas faire évoquer en premier lieu une non observance

La non observance est abordée à l' occasion d'anomalies biologiques retrouvées

La non observance thérapeutique n'est pas considérée comme une étiologie prioritaire dans une complication aigue de maladie chronique

Le problème de l'observance thérapeutique non abordée si pas de signes d'appel

Le sujet de l'observance thérapeutique est fonction des circonstances cliniques ou psychologiques lors de sa consultation

La non observance thérapeutique est un élément pris en compte comme étiologie d'une décompensation aigue de maladie chronique

Une troisième cause de non observance est celle du aux effets secondaires

Observance thérapeutique abordée face à une aggravation de la maladie chronique

Observance thérapeutique abordée face des consultations irrégulières

Observance thérapeutique abordée face un évènement de vie

Il est plus facile de contrôler l'observance à des examens complémentaires et des consultations spécialisées que pour les traitements

Exemple de situation clinique qui pousse à dépister une non observance thérapeutique

Le bilan anormale du diabète comme situation la plus fréquente de dépistage d'une non observance thérapeutique

Exemples de repérage de la non observance selon le médicament

Evaluation de l'observance thérapeutique

Le moment de la rédaction de l'ordonnance en fin de consultation comme circonstance d'abord de la non observance

C. Modalités d'abord de l'observance thérapeutique et de la non observance thérapeutique

Motif de la non prise de médicament

Méthode de repérage de la non observance systématisation du repérage en consultation de suivi

Absence d'outils ou de questionnaire de dépistage

le problème de la non observance thérapeutique n'est pas abordé de façon systématique

Il est plus facile de sensibiliser à l'observance thérapeutique en s'appuyant sur les preuves chiffrées

Exemples de questions posées pour dépister la non observance thérapeutique

L'examen clinique comme moment d'abord de la non observance thérapeutique

Le dépistage de la non observance thérapeutique est abordé par des questions directes

Le médecin généraliste aborde la question de la non observance thérapeutique de façon directe

Recherche des motifs de non observances dans le mode de prise des médicaments

La recherche de non observance n'est pas systématique car consulter de façon chronique pour sa maladie c'est être observant

La question de l'observance au traitement est abordée de façon irrégulière par le médecin généraliste

La recherche de la non observance n'est pas systématique en consultation

Exemples du nombre de prise de médicaments pour évaluer l'observance

Recherche d'une bonne tolérance au traitement comme évaluation indirecte de l'observance thérapeutique

Le problème de la non observance est le plus souvent abordé de façon directe

Il faut évaluer les effets indésirables chez le patient

La recherche de l'observance thérapeutique n'est pas faite systématiquement en consultation

Régulièrement le médecin généraliste recherche des effets secondaires au traitement pour rechercher une non observance

Malgré un problème d'observance chez un patient le médecin ne le surveille pas par un interrogatoire systématique

Le comptage des comprimés comme solution de surveillance de l'observance thérapeutique

La non observance n'est pas recherchée systématiquement en consultation

Le médecin généraliste n'aborde pas le sujet de l'observance thérapeutique si le patient lui semble rigoureux

Les résultats biologiques ou cliniques confirment le ressenti du médecin généraliste de non observance d'un patient

Le médecin généraliste peut interroger le patient sur son rythme de retour en consultation

L'outil informatique est un moyen d'isoler un problème d'observance lié au rythme des renouvellements

L'écoute active comme moyen de découverte de la non observance et de ses causes

Le problème de la non observance thérapeutique n'est pas abordé lors des consultations libres

L'observance thérapeutique doit être abordée en rendez-vous quel que soit le thème du rendez-vous

L'évaluation des complications de la non observance thérapeutique nécessite une consultation dédiée

Les complications peuvent être évaluées grâce à des échelles de mesure et l'outil informatique

L'abord du problème d'observance thérapeutique n'est pas systématique

Le sujet de l'observance thérapeutique doit venir spontanément au cours d'une consultation

Il n'y a pas de moments particuliers pour aborder le sujet de l'observance thérapeutique au cours de la consultation

Le médecin traitant peut déléguer à son réseau le dépistage de la non observance si il se sent trop impliqué avec son patient

Abord direct de la non observance au traitement

Absence de stratégie de dépistage de la non observance

Il existe une part instinctive du dépistage de la non observance en fonction des patients

Évaluation de l'observance thérapeutique

Il est plus facile de contrôler l'observance à des examens complémentaires et des consultations spécialisées que pour les traitements

Le problème de l'observance thérapeutique ne doit pas être abordé de façon trop intrusive

Une attitude trop autoritaire ne permet pas d'obtenir l'adhésion des patients

L'abord de façon directe de la non observance thérapeutique est bien ressentie par les patients

Exemple de tentative de dépistage de non observance thérapeutique par une question indirecte

Fréquence d'abord du problème de la prise médicamenteuse est non systématique

D. Freins au dépistage de la non observance thérapeutique

Frein au dépistage de la non observance thérapeutique, le temps

Méconnaissance d'outils de repérage

Aveu d'un déficit dans la prise en charge thérapeutique

Circonstances empêchant le dépistage de la non observance thérapeutique

Absences de gênes personnelles à aborder un problème de non observance thérapeutique

Le temps comme freins au dépistage de la non observance thérapeutique

Le temps de consultation comme principal frein au dépistage de la non observance thérapeutique

Le thème de la non observance thérapeutique n'est pas un frein à son dépistage

La fatigue comme facteur limitant du dépistage de la non observance thérapeutique

Le temps de consultation n'est pas un frein pour rechercher un problème de non observance

Difficulté à maintenir le rythme des formations en prenant de l'âge

Le temps n'est pas un facteur limitant à la recherche de la non observance thérapeutique

Souvenir confus d'une grille d'évaluation pour l'observance thérapeutique

Le temps de la consultation ne doit pas être un frein à la recherche de la non observance thérapeutique

Les affects personnels du médecin sont des raisons inconscientes qui empêchent la recherche de la non observance

Le site AMELI est peu consulté

La difficulté du dépistage de la non observance est le dépistage des patients à risques

Le problème de la gestion du temps de la consultation comme frein à la recherche de la non observance

Le médecin généraliste ne doit pas faire entrer ses affects personnels au risque de dénaturer sa profession

Ignorance de l'existence d'une grille de dépistage de la non observance

Le temps de la consultation qui ne permet pas d'aborder l'observance peut être un frein

La fatigue comme facteur limitant la recherche de la non observance

Le problème des formations est qu'elles prennent du temps sur les loisirs ou le temps libre

Le temps comme argument limitatif à la recherche de la non observance avant une formation sur l'éducation thérapeutique

Les interrogatoires dirigés par des questions intrusives comme freins au dépistage de la non observance

Le temps n'est pas un frein au dépistage de la non observance si on est bien organisé

Le frein principal au dépistage de la non observance thérapeutique est le libre arbitre du patient

Le temps n'est pas un facteur limitant dans le cadre d'une pratique à honoraire libre

La lassitude physique et mentale peut être une cause d'échec dans la recherche de la non observance thérapeutique

Le facteur le plus limitant de la non observance thérapeutique c'est le patient

Le médecin et le patient sont les principaux freins au dépistage de la non observance thérapeutique

Le manque d'implication des patients comme frein à l'observance

La proximité avec les patients en tant que médecin traitant peut être un frein à certains dépistages

Le niveau social comme frein à l'observance thérapeutique

E. Idées pour l'amélioration du dépistage de la non observance thérapeutique

Méthode d'amélioration de l'observance par le pilulier

Méthode d'amélioration du repérage de la non observance par les outils de suivi du traitement

Méthode d'amélioration du repérage de la non observance par la systématisation

Méthode d'amélioration par la systématisation du dépistage de la non observance

La recherche de la non observance thérapeutique doit s'appuyer sur un questionnaire pertinent

Intérêt d'avoir recours au groupe de pair pour parler des expériences de chacun avec la non observance thérapeutique

Méthode d'amélioration par comptage des boites délivrées via l'outil informatique

C'est au médecin généraliste à s'organiser pour être moins stressé

Le médecin généraliste doit s'organiser pour avoir le temps nécessaire à la réalisation des actes de préventions

Rôle des campagnes de prévention audiovisuelles dans l'éducation des patients atteints de maladies chroniques

Exemple de l'efficacité d'une campagne publicitaire comme celle sur les antibiotiques

Rôle des affiches d'information des patients dans les salles d'attentes pour inciter les patients à être observant

Absence d'idées spontanées sur ce qui pourrait améliorer la pratique médicale

Intérêt pour les formations ciblées

Outils de dépistage intégrés directement dans les logiciels informatiques médicaux

Pour éviter toute lassitude il faut gérer son propre emploi du temps

Un questionnaire pour améliorer l'observance thérapeutique

Intérêt de formations ciblées

Intérêt d'améliorer les logiciels informatiques

Intérêt des groupes de paires pour échanger

Absences d'idées spontanées sur les possibilités d'améliorer le dépistage de l'observance thérapeutique

L'outil informatique n'est pas une voie d'amélioration

La recherche de la non observance devrait être automatique en consultation

La grille AMELI sur l'observance permettrait d'améliorer la recherche du non observance dans le cadre d'une stratégie

Une formation courte pour rappeler les grands axes qui permettent de rechercher une non observance

Rajouter des éléments informatiques serait plus une contrainte

Les campagnes publicitaires peuvent être utiles pour sensibiliser les patients

Les formations ciblées peuvent permettre d'avoir des informations de santé publique et de comparer

Obtenir des outils statistiques comparatif pour aider à se situer quant au nombre de patients non observant

Les campagnes publicitaires sont une bonne option pour sensibiliser le public à l'observance

La sécurité sociale pourrait dépister la non observance en utilisant son système informatique

Il y a une incitation des organismes de santé à la prévention par les médecins généralistes

Amélioration de l'observance thérapeutique par amélioration de la compréhension de l'intérêt du traitement

Amélioration de l'observance thérapeutique par des ateliers de groupes de patients sur leurs maladies

Répercussion plus importante d'une campagne publicitaire via la télévision

Intérêt d'un questionnaire que lors d'une consultation dédiée

Aucun intérêt d'un questionnaire donné aux patients à remplir chez eux

Améliorer la formation universitaire à l'observance thérapeutique pour améliorer son dépistage

Aborder le thème en formation continue

Intérêt des campagnes publicitaire à grande échelle

Intérêt d'un questionnaire systématique en consultation lors de l'interrogatoire

Intérêt des échanges de paires mais difficiles à organiser car fastidieux après une journée de travail

L'amélioration de l'observance passe par une revalorisation du statut du médecin au niveau financier et symbolique

Un message clair véhiculé par un media de masse peut être utile à l'observance thérapeutique

Les outils de dépistage ne sont pas utiles au médecin généraliste

Exemple de solution recherchée pour pallier à une non observance

F. Place du médecin généraliste dans le dépistage de la non observance thérapeutique

Place du MG dans le dépistage de la non observance thérapeutique

Le médecin généraliste est en première ligne du dépistage s'il gère le traitement

La place du médecin généraliste est surtout centrale dans le dépistage de la non observance thérapeutique

Exemple de situation où le médecin généraliste est au centre du dépistage

Faire du dépistage de non observance thérapeutique c'est faire de la prévention et c'est le rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste est en première ligne dans le problème de la non observance thérapeutique

La place du médecin généraliste est importante dans le dépistage de la non observance car il doit en comprendre les raisons pour la résoudre

Le médecin généraliste est en première ligne dans la gestion du problème de la non observance thérapeutique

Le médecin a un rôle central et d'orientation dans le dépistage de la non observance thérapeutique

Le médecin généraliste est le chef d'orchestre de la prise en charge de l'observance thérapeutique

Le médecin généraliste est aussi le maître d'œuvre dans le dépistage de la non observance car il a la confiance de ses patients

Annexe 5 : Codage ouvert

Conséquences de la non observance

Les critères de prescription sont fonction d'un risque repéré de non observance

Exemple de risque de non observance

Exemples de situations cliniques de mauvaise observance

Exemples de repérage de la non observance selon le médicament

Evaluation de l'observance thérapeutique

Formation médicale sur l'observance thérapeutique

Formes de non observance

Frein au dépistage de la non observance thérapeutique

Fréquence de la non observance en soins primaires

Importance du rôle du médecin généraliste dans l'observance

Importance de la visite dans le dépistage de la non observance thérapeutique

Infirmière garante de l'observance dans les maisons de retraite et EHPAD

Importance de l'observance dans les maladies chroniques

Importance d'expliquer le traitement

Lien entre médicament et sa non observance

Méconnaissance d'outils de repérage

Méthode d'amélioration de l'observance par la communication avec les autres professionnels de santé

Méthode d'amélioration de l'observance par le pilulier

Méthode d'amélioration du repérage de la non observance par les outils de suivi du traitement

Méthode de repérage de la non observance systématisation du repérage en consultation de suivi

Méthodes d'amélioration de l'observance les autres professionnels de santé

Motif de la non prise de médicament

Observance et éducation thérapeutique

Repérage de la non observance par l'examen de l'armoire à pharmacie

Repérage de la non observance par le calcul de la consommation des médicaments

Responsabilité du MG de la prescription du traitement

Ressenti du médecin découvrant la non observance

Rôle de l'infirmière dans l'observance

Rôle du pharmacien dans l'observance

Spécialiste d'organe conseille mais ne prescrit pas

Découverte passive du problème de l'observance thérapeutique via les medias

Importance de rappel des modalités médicamenteuses

Le médecin est le garant de la prise du médicament

Observance thérapeutique dépendante de l'explication du traitement par celui qui le prescrit

Place du MG dans le dépistage de la non observance thérapeutique

Le médecin généraliste n'est pas seul face au problème de la non observance

Cas particulier des infirmiers pour l'aide au dépistage de la non observance thérapeutique

Problème de définition de la répercussion de la non observance thérapeutique sur la patientèle

Moment de la consultation ou le sujet de la prise du médicament est abordé

Fréquence d'abord du problème de la prise médicamenteuse est non systématique

Exemple de circonstance de dépistage de non observance thérapeutique

Exemple de l'importance de l'observance thérapeutique autre qu'un médicament

Aveu d'un déficit dans la prise en charge thérapeutique

Absence d'outils ou de questionnaire de dépistage

Importance d'avoir une relation de confiance avec ses patients plus que d'outils de dépistages

Circonstances empêchant le dépistage de la non observance thérapeutique

Absences de gênes personnelles à aborder un problème de non observance thérapeutique

Découragement vis avis des patients non observant

Incompréhension du patient de l'importance de l'observance

Incompréhension de la question, prise en charge de la découverte d'une non observance thérapeutique

Exemple de situation de découverte de non observance thérapeutique en visite

Actions face à l'échec d'une situation que le médecin généraliste pensait maîtriser

Méthode de repérage de la non observance thérapeutique par l'armoire à pharmacie

Rôle majeur de la visite à domicile pour le dépistage de la non observance thérapeutique

Absence de formation à l'importance de l'observance thérapeutique

Représentation quasi magique de l'influence qu'avait les médecins généralistes sur leurs patients

Méthode d'amélioration du repérage de la non observance par la systématisation

Les patients atteints de maladies chroniques sont difficiles à gérer

Les patients atteints de maladies chroniques nécessite une approche diversifiée et globale

Sensibilisation à l'observance thérapeutique par les patients

Sensibilisation à l'observance thérapeutique par une formation

La place du médecin généraliste est importante mais pas il n'est pas isolé

Exemple de recours pour aider à l'observance thérapeutique, IDE et entourage

Les recours pour aider à l'observance thérapeutique ne sont pas que médicaux ou para médicaux

Le médecin généraliste est en première ligne du dépistage s'il gère le traitement

Le fait d'aller à domicile confère une place particulière au médecin généraliste

Exemple de situation clinique qui pousse à dépister une non observance thérapeutique

La visite à domicile est une situation idéale pour le dépistage de la non observance thérapeutique

Le dépistage au cabinet de la non observance thérapeutique est difficile en dehors d'une anomalie clinique

Le médecin généraliste est un maillon de la chaîne que forme l'observance thérapeutique

Exemple de pathologies prioritaires pour le médecin généraliste

Il existe un lien entre ressentie pathologique par le patient et l'observance du traitement

L'insuffisance cardiaque est plus sujette à décompensation que le diabète car il y a plus d'outil pour dépister une non observance

La décompensation ou la complication clinique comme situation de découverte d'une non observance thérapeutique

Circonstance d'abord de la non observance lors d'une situation clinique non conforme avec la prise du traitement

Le problème de la non observance thérapeutique n'est pas abordé de façon systématique

Exemple de situation particulière où la non observance thérapeutique est recherchée

La communication entre les différents intervenants comme moyen de dépister une non observance thérapeutique

Il est plus facile de sensibiliser à l'observance thérapeutique en s'appuyant sur les preuves chiffrées

S'il y a un problème de non observance c'est que le patient en est responsable

La culpabilisation du patient comme stratégie d'adhésion au traitement

Le temps comme frein au dépistage de la non observance thérapeutique

Le niveau social comme frein à l'observance thérapeutique

Il n'y a pas de problème de prise en charge d'une non observance thérapeutique si elle est dépistée

Certains patients n'acceptent pas que l'on doute de leur bonne foi ou de leur adhésion au traitement

Cas particulier du patient psychiatrique et diabétique

L'échec dans la prise en charge thérapeutique a orienté vers une plus grande implication dans le suivi thérapeutique

La non observance thérapeutique chez les patients psychiatriques surveillés en priorité

Le couple patient-médecin est responsable de la non observance thérapeutique

Malgré toute la bonne volonté du médecin généraliste il existe quand même des échecs

Méthode d'amélioration par la systématisation du dépistage de la non observance

La recherche de la non observance thérapeutique doit s'appuyer sur un questionnaire pertinent

Craintes par le médecin généraliste d'être rébarbatif à dépister la non observance thérapeutique

Sensibilisation à l'observance thérapeutique lors d'une FMC

Déséquilibre dans le traitement des sujets lors des FMC

Intérêt d'avoir recours au groupe de pair pour parler des expériences de chacun avec la non observance thérapeutique

Peu d'intérêt montré par les médecins généralistes en FMC pour le sujet de l'observance thérapeutique

L'observance thérapeutique ne dépend pas que du prescripteur

Dépistage de la non observance difficile chez les personnes vivant seules

Méthode d'amélioration par comptage des boîtes délivrées via l'outil informatique

Les patients diabétiques comme principale source de préoccupations pour l'observance thérapeutique

La problématique de l'observance thérapeutique dépend de la pathologie chronique

Le contrôle biologique chez le diabétique permet de faire avouer une non observance thérapeutique

Les patients diabétiques sont moins observant que les autres malades chroniques

Pas de sensibilisation au problème de l'observance thérapeutique durant les études

Découverte du phénomène de non observance thérapeutique sur le terrain

Problème de l'observance thérapeutique évoqué en FMC

La fréquence des consultations avec les malades chroniques confère une place centrale au médecin généraliste dans l'observance thérapeutique

Place moins importante du spécialiste d'organe dans l'observance thérapeutique car voit le patient moins fréquemment

La place du médecin généraliste est surtout centrale dans le dépistage de la non observance thérapeutique

Exemple de situation où le médecin généraliste est au centre du dépistage

Exemple d'aggravation dans le cas de la migraine

La décompensation aiguë d'une maladie chronique est une situation peu fréquente de dépistage de non observance

Le bilan anormal du diabète comme situation la plus fréquente de dépistage d'une non observance thérapeutique

Les patients diabétiques sont moins observant que les autres patients atteints de maladies chroniques

La non observance des diabétiques est liée à l'absence de symptomatologie du diabète

Le problème de la non observance est abordé avec les patients en fonction des circonstances

Exemples de questions posées pour dépister la non observance thérapeutique

L'absence de circonstances évocatrices d'une non observance n'incite pas à aborder le sujet

Les patients ciblés paritairement par les dépistages ont environ cinquante ans

L'examen clinique comme moment d'abord de la non observance thérapeutique

Le moment de la rédaction de l'ordonnance en fin de consultation comme circonstance d'abord de la non observance

La lecture d'un bilan biologique comme circonstance d'abord de la non observance thérapeutique

Le dépistage de la non observance thérapeutique est abordé par des questions directes

L'abord de façon directe de la non observance thérapeutique est bien ressentie par les patients

Lors d'une anomalie à l'examen clinique certains patients avouent leur non observance

La visite à domicile ne doit être qu'un cas de force majeure

La visite à domicile n'est pas propice à un bon examen clinique et à la discussion avec le patient

La visite à domicile est réservée à une pathologie aiguë et donc laisse peu de temps au dépistage de la non observance

La visite à domicile ne permet pas un examen complet

Le temps de consultation comme principal frein au dépistage de la non observance thérapeutique

Le thème de la non observance thérapeutique n'est pas un frein à son dépistage

La fatigue comme facteur limitant du dépistage de la non observance thérapeutique

Pas d'intervention dans un traitement de spécialistes quand les limites de la connaissance sont atteintes

En cas de doute sur l'efficacité d'un traitement ou la non observance d'un traitement il y a échange avec les collègues spécialistes d'organes

Faire du dépistage de non observance thérapeutique c'est faire de la prévention et c'est le rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste doit s'organiser pour avoir le temps nécessaire à la réalisation des actes de préventions

C'est au médecin généraliste à s'organiser pour être moins stressé

Le diabète comme souvenir principal de patient non observant

Exemple d'un patient diabétique non observant et qui l'assume

La non observance thérapeutique est plutôt de la faute du patient

Lorsque les informations sont données de façon claires et honnête sur les risques encourus le patient est responsable de la non observance

Le patient est maître de son corps

Sentiment de ras le bol d'être rendu responsable de tout par le médecin généraliste

Rôle des campagnes de prévention audiovisuelles dans l'éducation des patients atteints de maladies chroniques

Exemple de l'efficacité d'une campagne publicitaire comme celle sur les antibiotiques

Rôle des affiches d'information des patients dans les salles d'attentes pour inciter les patients à être observant

Absence d'idées spontanées sur ce qui pourrait améliorer la pratique médicale

Intérêt pour les formations ciblées

Outils de dépistage intégrés directement dans les logiciels informatiques médicaux

Intérêt d'un partage entre praticiens sur les façons d'aborder le problème de la non observance pour enrichir les pratiques de chacun

Un patient atteint de maladie chronique est un patient doit vivre sa maladie comme compagnon

Une maladie chronique impose un suivi pour son équilibre

On ne guérit pas d'une maladie chronique

Exemple de maladies chroniques prise en charge en médecine générale

Objectifs d'une prise en charge pour une maladie chronique dépistée

Définition de la non observance thérapeutique

La notion de non observance thérapeutique est relativement récente

Actuellement la non observance thérapeutique est une cause à évoquer en l'absence d'efficacité thérapeutique

Le médecin généraliste doit bien expliquer la maladie chronique au patient afin de la faire adhérer au traitement

Evolution de la relation médecin-patient vers la recherche d'autres sources d'informations pour le patient

Problème de l'acceptation d'être malade chronique et d'avoir un traitement à vie

L'observance thérapeutique n'est pas seulement le fait du prescripteur mais du couple médecin-patient

Le dépistage d'une maladie chronique c'est comme un mariage pour le couple médecin-patient

Le médecin généraliste doit être à l'affût d'une non observance thérapeutique dès qu'il y a une discordance clinique et thérapeutique

Le médecin généraliste doit être celui qui doit faire à nouveau adhérer le patient en cas de non observance en analysant les causes de l'échec

La conséquence de la non observance thérapeutique est vécue comme un retour à l'état de malade par le médecin généraliste

La décompensation aiguë d'une maladie chronique n'est pas le mode de dépistage le plus fréquent

Exemple de circonstances lors d'une consultation qui doit faire évoquer une non observance thérapeutique

Les patients qui sont les plus à risques de non observances sont ceux qui dénie leur maladie chronique

Le médecin généraliste aborde la question de la non observance thérapeutique de façon directe

Attitude empathique du médecin généraliste sur la situation du malade chronique

Recherche des motifs de non observances dans le mode de prise des médicaments

La recherche de non observance n'est pas systématique car consulter de façon chronique pour sa maladie c'est être observant

La visite à domicile est devenue un cas de force majeur pour le médecin du fait de la sécurité sociale

Autrefois la visite était un moyen d'investigation chez le patient

Le temps de consultation n'est pas un frein pour rechercher un problème de non observance

Pour éviter toute lassitude il faut gérer son propre emploi du temps

Il est nécessaire de faire reformuler au patient ce qu'il sait sur sa maladie

Les patients sont centrés sur leur attentes et pas sur le discours du médecin

La recherche de la non observance thérapeutique n'est pas facile du fait de l'attitude des patients

Les besoins du patient et les objectifs du médecin généraliste sont différents

Si le patient n'a pas compris sa maladie et son traitement il ne sera pas observant

La responsabilité de la non observance incombe au couple médecin-patient

Un questionnaire pour améliorer l'observance thérapeutique

Intérêt de formations ciblées

Difficulté à maintenir le rythme des formations en prenant de l'âge

Intérêt d'améliorer les logiciels informatiques

Intérêt des groupes de paires pour échanger

L'observance thérapeutique devient un objectif pour le médecin généraliste au cours de sa carrière

Autres intervenants paramédicaux dans l'observance thérapeutique

Absence de réflexions sur la définition d'un malade chronique

Tentative de définition d'un malade chronique

Il ne faut pas réfléchir à ce qu'est un patient mais prendre en charge une maladie efficacement

Aveu d'absence de relation empathique envers le patient quant à son ressenti sur sa maladie

La prise en charge d'un patient atteint de maladie chronique est uniquement médicale biologique et médicamenteuse

Conscience par le médecin généraliste que la prise en charge n'est pas toujours acceptée par le malade chronique

Le travail du médecin ne devrait être jugé par le patient que sur l'efficacité médicale et non sur les contraintes qu'elle entraîne

Le problème de l'observance thérapeutique est global à toutes les maladies chroniques

Absence de sensibilisation au problème de l'observance thérapeutique au cours des études

Absence de sensibilisation au problème de l'observance thérapeutique au cours de formation par refus du médecin généraliste

La crédibilité du médecin généraliste est engagée lorsque le traitement n'est pas efficace

Rendre le patient observant est un défi

Concernant la non observance à son traitement le patient n'est pas honnête envers son médecin généraliste et c'est un frein

Il n'y a pas de moyen d'affirmer une non observance thérapeutique hormis par l'aveu du patient

Exemple de tentative de dépistage de non observance thérapeutique par une question indirecte

Le rythme de consultation pour renouveler son traitement est un indice sur l'observance au traitement par le patient

Absences de solutions pour prendre en charge les raisons d'une non observance en cas de dépistage

Exemple de conflit entre les désirs du patient et les objectifs du médecin généraliste

Malgré des conflits sur la prise en charge les patients restent fidèles à leur médecin généraliste

Une complication aigue est rarement un moment de dépistage d'une non observance

La question de l'observance au traitement est abordée de façon irrégulière par le médecin généraliste

La question de l'observance au traitement est abordée surtout à l'occasion d'une anomalie clinique pour la tension artérielle

Une anomalie biologique dans le diabète amène à revoir l'ensemble des causes possibles à la majoration de l'HbA1c

Fatalisme du médecin généraliste à ne jamais savoir si un échec du traitement est lié à la non observance thérapeutique

Problème de l'observance dépend du caractère symptomatique ou non de la maladie chronique

L'échange avec le collègue spécialiste sur une non observance thérapeutique n'est pas systématique

Sensation de trahison du patient de la part de son médecin généraliste s'il en parle avec un collègue spécialiste

Au final le diagnostic de non observance thérapeutique est rare

La visite à domicile se fait de moins en moins

La visite à domicile est une façon de dépister une non observance thérapeutique par l'inspection de l'armoire à pharmacie

La suspicion d'une non observance thérapeutique ne justifie pas un passage au domicile

Le patient est responsable de ce qui lui arrive s'il n'est pas observant

Exemple de situation de non observance délibérément masquée par le patient

Le temps n'est pas un facteur limitant à la recherche de la non observance thérapeutique

Le médecin généraliste n'intègre pas la recherche de non observance thérapeutique dans le temps de sa consultation car il pense le patient pas honnête

La recherche de la non observance thérapeutique est une perte de temps du fait du manque d'honnêteté du patient dans sa réponse

Le médecin généraliste est obligé de faire confiance au patient par manque de contrôle direct possible

Le patient est informé des risques liés à la non observance mais n'en est pas conscient

Le patient ne veut pas avouer sa non observance pour ne pas être tenu responsable de l'échec du traitement

Les patients ne sont pas tous tenu informé de la même façon des risques de complications en fonction de leur maladie

Il y a un sentiment d'exclusion de certains domaines par le médecin généraliste en dehors du diabète et de l'hypertension

Devant une non observance thérapeutique et l'échec de sa prise en charge le médecin peut se sentir désabusé

Si le patient est non observant ce n'est pas la faute du médecin ou du couple médecin -patient

Le patient est responsable de l'échec d'un traitement si celui-ci est lié à la non observance

Il y a incompréhension et lassitude devant des patients ne respectant pas les ordonnances qu'ils viennent chercher auprès du médecin

Absences d'idées spontanées sur les possibilités d'améliorer le dépistage de l'observance thérapeutique

L'outil informatique n'est pas une voie d'amélioration

Le patient a assez d'informations sur l'importance du traitement par les médias et les médecins et doit se responsabiliser

Il est plus facile de contrôler l'observance à des examens complémentaires et des consultations spécialisées que pour les traitements

L'observance thérapeutique varie au cours du temps

Exemple de solution recherchée pour pallier à une non observance

Le médecin généraliste ne se pose pas en tant que père

Définition d'un patient malade chronique

La prise en charge d'un malade chronique est pluridimensionnelle

La prise en charge d'un malade chronique est permise par les sept items de la médecine générale

Un malade chronique doit être soutenu psychologiquement par son médecin généraliste

Le médecin généraliste doit bien orienter son malade chronique vers les spécialistes adéquats

Le médecin généraliste doit coordonner les soins avec les autres acteurs paramédicaux

La prise en charge médicamenteuse n'est pas une obligation au traitement d'un malade chronique

Les stages chez le praticien lors de l'internat comme moment de sensibilisation à l'observance thérapeutique

Absence d'évocation du sujet de l'observance thérapeutique en FMC

Le médecin généraliste est en première ligne dans le problème de la non observance thérapeutique

Rechercher la non observance c'est évaluer l'observance thérapeutique

Pour évaluer l'observance le médecin généraliste doit y sensibiliser les accompagnants du patient

Le médecin doit vendre son traitement pour obtenir l'adhésion de son patient

Lors du dépistage d'une non observance thérapeutique le médecin généraliste doit rechercher les freins à cette observance

Exemples d'éléments à rechercher comme cause de non observance

Lorsqu'une non observance est dépistée il faut échanger avec le patient pour lever les freins

Il n'y a pas de sentiment d'isolement du médecin généraliste pour gérer la non observance thérapeutique

La non observance thérapeutique est vécu comme une perte de chance pour le patient par le médecin généraliste

Une des conséquences de la non observance peut être l'ascension thérapeutique

La non observance conduit à une majoration des dépenses de santé

La première des conséquences de la non observance est l'évolution de la maladie du patient

Une complication chez un malade chronique ne fait pas spontanément évoquée une non observance

L'entretien fait prendre conscience au médecin généraliste que la non observance peut être une étiologie de complication

La recherche de la non observance n'est pas systématique en consultation

Souvenir confus d'une grille d'évaluation pour l'observance thérapeutique

Exemples du nombre de prise de médicaments pour évaluer l'observance

Recherche d'une bonne tolérance au traitement comme évaluation indirecte de l'observance thérapeutique

La recherche de la non observance devrait être automatique en consultation

Certains patients restent fermés aux questions sur la non observance ce qui peut être décourageant

La façon d'aborder la non observance dépend de la personnalité du patient

Il est important que le patient ne se sente pas piégé dans la démarche de la non observance pour conserver son adhésion

Le problème de la non observance est le plus souvent abordé de façon directe

Le problème de la non observance thérapeutique n'est pas abordée par téléphone avec un collègue spécialiste

L'avis d'un collègue spécialiste sur l'observance d'un patient est fait par courrier

La visite à domicile peut permettre d'évaluer les modalités de consommation médicamenteuse d'un patient

La visite à domicile ne doit pas être vécue comme invasive par le patient

La visite à domicile peut permettre de mieux appréhender l'observance thérapeutique

Le médecin et le patient sont les principaux freins au dépistage de la non observance thérapeutique

La proportion de patients refusant d'aborder le problème de la non observance thérapeutique est faible dans une patientèle

Le temps de la consultation ne doit pas être un frein à la recherche de la non observance thérapeutique

Les affectes personnels du médecin sont des raisons inconscientes qui empêchent la recherche de la non observance

La non observance à un traitement est de la responsabilité du couple médecin-patient

Faire coïncider les besoins du patient et les objectifs du médecin est une tâche ardue

Pour arriver à faire coïncider ces impératifs il faut cerner le ressenti du patient

Il faut évaluer les effets indésirables chez le patient

Le médecin généraliste doit expliquer clairement ses objectifs lors de l'introduction du traitement

Le médecin doit élaborer une stratégie pour arriver à ses objectifs

Le médecin ne doit pas hésiter à interroger son patient sur son ressenti sur leur relation

L'activité de remplaçant permet de se faire une idée sur l'activité que l'on voudra mettre en place lors de son installation

L'activité de médecin installé nécessite une approche moins rigide de la relation médecin-patient sous peine de conflits

La pratique médicale est en perpétuelle évolution durant la carrière

La grille AMELI sur l'observance permettrait d'améliorer la recherche de la non observance dans le cadre d'une stratégie

Le site AMELI est peu consulté

La recherche de la non observance doit passer par une progression dans la relation entre le médecin et le patient

Une formation courte pour rappeler les grands axes qui permettent de rechercher une non observance

Rajouter des éléments informatiques serait plus une contrainte

La non observance thérapeutique est avant tout un problème relationnel

Les campagnes publicitaires peuvent être utiles pour sensibiliser les patients

Importance de sensibiliser les infirmières à la non observance

La pratique de la médecine est vécue comme une activité solitaire

Une maladie chronique est incurable mais traitable

Exemples de maladies chroniques prise en charge par les médecins généralistes

Une maladie chronique nécessite un traitement médicamenteux régulier

Une maladie chronique nécessite un suivi médical régulier

L'observance est le fait de prendre un traitement sans l'omettre ou de choisir ses jours de prises

Sensibilisation à l'observance thérapeutique via les délégués médicaux

Pas de formation spécifique à l'observance thérapeutique

La place du médecin généraliste est importante dans le dépistage de la non observance car il doit en comprendre les raisons pour la résoudre

Exemple de cause de non observance à un traitement par bêta bloquant

Le patient abordera plus facilement certains sujets avec le médecin généraliste qu'avec un spécialiste

Le médecin généraliste à une place centrale dans la prise en charge de l'observance à un traitement car doit en assurer la pérennité par rapport au spécialiste qui ne fait que l'initier

La place du médecin généraliste est centrale aussi quand il initie un traitement

L'absence d'observance au traitement a des répercussions sur la santé du patient avec des complications

La non observance peut avoir des conséquences iatrogènes

La non observance a des répercussions socio-économiques et de santé publique

Exemple de complications dans une maladie chronique par non observance

Une anomalie clinique sur des chiffres tensionnels peut être une découverte de non observance

La démarche de renouveler son traitement fait partie de l'observance

La recherche de l'observance thérapeutique n'est pas faite systématiquement en consultation

Régulièrement le médecin généraliste recherche des effets secondaires au traitement pour rechercher une non observance

Certains patients avouent spontanément leur non observance

La survenue d'une complication chez un patient peut être l'occasion d'une prise de conscience de l'importance d'être observant

Le diabète est plus problématique pour garder un patient observant que l'hypertension artérielle car asymptomatique

Certains patients sont culturellement non observant

Le médecin généraliste peut stimuler les patients à être observant mais ne peut se substituer à eux

La difficulté du dépistage de la non observance est le dépistage des patients à risques

Le médecin généraliste est un médecin de famille qui sait reconnaître les tendances à la non observance de ses patients

Sujet abordé de façon différente en fonction de la relation que le médecin a avec le malade

Les éléments clinico biologique sont un support pour aborder le sujet de la non observance avec les patients

Les patients sont honnêtes quant à leurs problèmes d'observances avec le médecin généraliste car ils ont le même but

Une attitude trop autoritaire ne permet pas d'obtenir l'adhésion des patients

Il n'y a pas d'échange entre médecin généraliste et collègues spécialistes

La visite à domicile permet d'explorer les boîtes de médicaments consommées par le patient

Exemple de patient non observant constaté à domicile

Le nomadisme médical comme frein à l'observance

Le manque d'implication des patients comme frein à l'observance

Le problème de la gestion du temps de la consultation comme frein à la recherche de la non observance

Le problème de l'observance ne dépend pas uniquement de la classe sociale

L'aide des infirmières à domicile est importante pour l'observance lorsqu'il y a dégradation cognitive chez les personnes âgées

Le médecin généraliste ne doit pas faire entrer ses affects personnels au risque de dénaturer sa profession

Le médecin généraliste doit gérer son temps de consultation pour pouvoir aborder sereinement le problème de la non observance

Un patient non observant l'est toute l'année

L'aveu spontané d'un patient à la non observance comme expérience surprenante et exemple de prise en charge

Malgré un problème d'observance chez un patient le médecin ne le surveille pas par un interrogatoire systématique

Lors de la découverte d'une non observance il est important d'en chercher les causes

Exemple de causes possible de non observances

Un malade chronique âgé ou un adolescent peuvent avoir le même comportement face à la maladie et au traitement

Le médecin généraliste ne doit pas hésiter à se remettre en question en cas de non observance d'un patient

La non observance est une notion dont le médecin généraliste tiens plus compte qu'en début de carrière du fait de la différence entre la théorie et la pratique médicale

Les techniques d'adhésion du patient à son traitement sur le plan psychologique ne sont pas enseignées à la faculté

L'adhésion d'un patient à son traitement et donc son observance passe par une explication de sa maladie et l'intérêt du traitement

Le dialogue permet de connaître le ressenti du patient concernant sa maladie

Exemple d'une situation avec le diabète qui impose l'explication et l'éducation du patient pour ne pas avoir une non observance

Le comptage des comprimés comme solution de surveillance de l'observance thérapeutique

Il serait intéressant de faire participer le pharmacien au dépistage de la non observance

Les patients qui posent le plus de problème à l'observance sont les jeunes actifs

Les formations ciblées peuvent permettre d'avoir des informations de santé publique et de comparer

Obtenir des outils statistique comparatif pour aider à se situer quant au nombre de patients non observant

Ignorance de l'existence d'une grille de dépistage de la non observance

Le cancer est une maladie chronique dont le médecin généraliste se dit exclu

Le médecin récupère de ses prérogatives notamment dans les formes orales de traitement de cancer du sein

Le domaine ophtalmo est aussi un secteur dont le médecin généraliste est exclu

Le risque de ne pas impliquer le médecin généraliste dans les traitements de certaines maladies est qu'ils soient perdus de vue

Devant la complexité de gestions tant sur le plan psychologique que thérapeutique la prise en charge spécialisée peut être arrangeante

Le médecin généraliste aime être au centre des prises en charges même s'il n'y participe pas activement

Un malade chronique est un patient qui nécessite des traitements au long cours

Bien prendre en charge un malade chronique c'est l'informer sur l'ensemble de sa pathologie

Bien informer un patient sur sa pathologie lui permet d'adopter les bonnes règles hygiéno-diététiques au quotidien

Le diabète et l'hypertension comme pathologies citées sur lesquelles les patients peuvent faire des efforts

Il est facile pour le médecin généraliste de repérer les patients observant ou non observant

La notion d'observance est connue via les FMC ou les médias spécialisés

La non observance est une notion récente

Le médecin généraliste est en première ligne dans la gestion du problème de la non observance thérapeutique

Le rythme de consultation du spécialiste ne lui permet pas d'être en première ligne dans le problème de la non observance

La prise en charge d'une non observance peut être confiée au médecin spécialiste

Le risque lié à la non observance est la complication de la maladie chronique

La complication d'une pathologie chronique ne doit pas faire évoquer en premier lieu une non observance

La menace de survenue de complications grave de leur pathologie comme moyen d'aborder l'observance thérapeutique

La menace de survenu de complication utilisé dans le diabète

La menace de survenue de complications comme seule solution connue

La non observance n'est pas recherchée systématiquement en consultation

La non observance est abordée à l'occasion d'anomalies biologiques retrouvées

Le médecin généraliste n'aborde pas le sujet de l'observance thérapeutique si le patient lui semble rigoureux

Le médecin généraliste ressent les patients non observant

Les résultats biologiques ou cliniques confirment le ressenti du médecin généraliste de non observance d'un patient

Le médecin généraliste peut interroger le patient sur son rythme de retour en consultation

Il y a un manque d'honnêteté des patients

Il n'y a pas d'échange sur la non observance avec des collègues spécialistes

Doute sur l'apport de la visite à domicile dans le dépistage de la non observance

La visite à domicile peut donner des indications sur l'hygiène de vie du patient

L'observance thérapeutique n'est pas que médicamenteuse elle est aussi dans les règles hygiéno-dietétiques

Le temps de la consultation qui ne permet pas d'aborder l'observance peut être un frein

La fatigue comme facteur limitant la recherche de la non observance

Lors de l'échec d'un traitement le médecin généraliste doit se remettre en question

Le problème de la non observance n'est pas plus abordé qu'en début de carrière

Le problème des formations est qu'elles prennent du temps sur les loisirs ou le temps libre

Les campagnes publicitaires sont une bonne option pour sensibiliser le public à l'observance

La visite à domicile ne concerne pas tous les patients

La méconnaissance de la maladie est un facteur de non observance des classes défavorisées

Le manque de temps est un facteur de non observance chez l'actif

Important de bien expliquer la maladie pour assurer l'observance

La sécurité sociale pourrait dépister la non observance en utilisant son système informatique

Rôle de l'entourage familial dans l'observance

Problématique de l'observance des personnes dépendantes (exemple des enfants)

Un patient atteint de maladie chronique est un patient à part des autres

Une maladie chronique impose au patient d'adapter sa vie en fonction celle-ci

Le couple médecin patient n'est pas isolé dans la prise en charge d'une maladie chronique

Le traitement d'une maladie chronique associe ordonnance et éducation thérapeutique pour le traitement

Un patient non observant est classiquement défini comme un patient non adhérent au traitement

Un patient non observant peut être aussi défini comme mal informé de l'intérêt d'un suivis médical

L'observance thérapeutique dans les maladies chroniques concerne aussi l'adhérence aux règles hygiéno-diététiques

Connaissance du problème de l'observance thérapeutique via les médias et des formations

Problème de l'observance thérapeutique non abordé pendant les études

Le médecin généraliste mène une guerre contre la non observance thérapeutique

Le dépistage de la non observance thérapeutique est partagé avec les infirmières

La prise en charge d'une non observance dépistée est de la responsabilité du médecin généraliste car il est prescripteur

Une non observance thérapeutique est de la responsabilité du médecin initiateur du traitement

L'échange médecin généraliste-spécialiste d'organe est primordial

Le spécialiste d'organe conseil le traitement au médecin généraliste qui initie le traitement

Le risque d'une non observance est le passage à une forme aigue de la maladie chronique

La non observance thérapeutique n'est pas considérée comme une étiologie prioritaire dans une complication aigue de maladie chronique

Il y a un objectif économique important à effectuer de la prévention contre la non observance thérapeutique et ses complications

Il y a une incitation des organismes de santé à la prévention par les médecins généralistes

Un patient conscient de l'intérêt de l'observance thérapeutique peut participer à la santé publique en communiquant autour de lui

Le problème de l'observance thérapeutique ne doit pas être abordé de façon trop intrusive

Le patient doit être orienté par des questions ouvertes pour qu'il parle lui-même de ses problèmes rencontré avec le traitement

Le problème de l'observance thérapeutique non abordée si pas de signes d'appel

L'outil informatique est un moyen d'isoler un problème d'observance lié au rythme des renouvellements

Pas d'avis sur l'utilité de la visite à domicile car peu pratiquée du fait d'une patientèle féminine et pédiatrique

Le temps comme argument limitatif à la recherche de la non observance avant une formation sur l'éducation thérapeutique

L'écoute active comme moyen de découverte de la non observance et de ses causes

Les interrogatoires dirigé par des questions intrusives comme freins au dépistage de la non observance

Le problème de la non observance thérapeutique n'est pas abordé lors des consultations libres

L'observance thérapeutique doit être abordée en rendez-vous quelques soit le thème du rendez vous

Si le patient refuse l'aide du médecin c'est de sa responsabilité si sa maladie se complique

Exemple d'une patiente assumant sa non observance

Réaction positive du médecin devant l'attitude affichée et assumée de la patiente

Il n'y a pas de faute à être non observant c'est un choix du patient

Il y a aussi une responsabilité du médecin dans un manque de compréhension par le patient de l'intérêt de suivre son traitement

La responsabilité est partagée dans la non observance entre le médecin et le patient

Le problème de la non observance plus abordé qu'en début de carrière mais pas uniquement sur les médicaments

Amélioration de l'observance thérapeutique par amélioration de la compréhension de l'intérêt du traitement

Amélioration de l'observance thérapeutique par des ateliers de groupes de patients sur leurs maladies

Répercussion plus importante d'une campagne publicitaire via la télévision

Intérêt d'un questionnaire que lors d'une consultation dédiée

Aucun intérêt d'un questionnaire donné aux patients à remplir chez eux

Intérêt majeur des formations ciblées pour une refonte de la relation médecin patient

Exemple de pathologies chroniques

Une maladie est chronique quand le traitement est renouveler régulièrement

Un patient atteint de maladie chronique nécessite une surveillance régulière

Une maladie est chronique quand elle est là depuis longtemps

Une maladie chronique peut se compliquer de problèmes aigus

Un patient non observant est un patient dont l'éducation thérapeutique n'a pas été bien réalisé

L'observance thérapeutique ne concerne pas uniquement le traitement médicamenteux

A priori un patient qui vient en consultation il est observant

La visite à domicile permet de vérifier le stock de médicament dans les armoires à pharmacie

Pas de sensibilisation au problème de l'observance thérapeutique

Pas de formation universitaire à l'observance thérapeutique

Le vieillissement de la population doit conduire à réduire les traitements médicamenteux et donc les problèmes d'observance

Le médecin a un rôle central et d'orientation dans le dépistage de la non observance thérapeutique

La prise en charge d'une non observance peut se faire en collaboration avec un collègue spécialiste d'organe

La découverte d'une non observance n'est pas systématiquement évoquée avec le spécialiste d'organe

L'éducation thérapeutique est fondamentale pour rendre un traitement de maladie chronique efficace et le patient observant

L'évaluation des complications de la non observance thérapeutique nécessite une consultation dédiée

Les complications peuvent être évaluées grâce à des échelles de mesure et l'outil informatique

Les conséquences en termes de santé publique ou socio-économique sont difficiles à évaluer à l'échelle du cabinet médicale

La sécurité sociale aide le praticien à cerner les problèmes de santé publique les plus importants afin d'améliorer sa pratique

L'abord du problème d'observance thérapeutique n'est pas systématique

Le sujet de l'observance thérapeutique doit venir spontanément au cours d'une consultation

Le sujet de l'observance thérapeutique est fonction des circonstances cliniques ou psychologiques lors de sa consultation

Les patients évoquent les problèmes de médicaments qu'en cas d'effets indésirables sévères

Il n'y a pas de moments particuliers pour aborder le sujet de l'observance thérapeutique au cours de la consultation

Si le patient ne veut pas parler de l'observance thérapeutique il ne faut pas le forcer

Le médecin traitant doit être à l'écoute et laisser parler le patient de ce qu'il veut aborder

La non observance thérapeutique est un élément pris en compte comme étiologie d'une décompensation aiguë de maladie chronique

La peur d'un médicament suite à des informations médicale relayée par des médias de masse comme cause de non observance

Le temps n'est pas un frein au dépistage de la non observance si on est bien organisé

La proximité avec les patients en tant que médecin traitant peut être un frein à certains dépistages

Le médecin traitant peut déléguer à son réseau le dépistage de la non observance si il se sent trop impliqué avec son patient

Pas d'échange entre les patients sur les bienfaits de l'observance thérapeutique

Sentiment de culpabilité dans l'échec de l'observance thérapeutique à son traitement d'une patiente décédée

La visite à domicile comme circonstance de découverte d'une non observance

L'échec de l'observance d'un patient à son traitement est partagé entre le médecin traitant le spécialiste d'organe et le patient

Les paramédicaux font partie du réseau d'aide à l'observance thérapeutique

Le pharmacien a une place importante dans l'éducation thérapeutique pour une bonne observance et prévenir les iatrogénies

Les génériques comme sources de problèmes iatrogéniques et d'observance

Evolution des représentations du praticien sur l'observance thérapeutique au cours de sa carrière

Améliorer la formation universitaire à l'observance thérapeutique pour améliorer son dépistage

La faculté de médecine apprend la médecine mais pas à être médecin

Aborder le thème en formation continue

Intérêt des campagnes publicitaires à grande échelle

Intérêt d'un questionnaire systématique en consultation lors de l'interrogatoire

Intérêt des échanges de paires mais difficiles à organiser car fastidieux après une journée de travail

Une maladie chronique se définit par sa durée et son suivi

Un médecin ne prend pas en charge une maladie mais un patient

Exemple de maladies chroniques

La prise en charge d'une maladie chronique se définit par un suivi régulier et une répétition des consultations

La fréquence des consultations est fixée par le médecin

Un patient non observant ne prend pas son traitement et ne le dit pas au médecin traitant

Un patient non observant modifie ses thérapies de lui même

Un patient faisant du nomadisme médical peut être considéré comme non observant

La première cause à rechercher dans le déséquilibre d'une maladie chronique est la non observance thérapeutique

Exemple de non observance thérapeutique dans l'hypertension artérielle

Sensibilisation à la non observance via une association de professionnel de santé locale

Sensibilisation à l'observance thérapeutique uniquement par la pratique

Le médecin généraliste est le chef d'orchestre de la prise en charge de l'observance thérapeutique

Exemple de conflit entre médecin traitant et spécialiste d'organe sur la thérapeutique

Il ne doit pas avoir de hiérarchie entre les différents intervenants médicaux

Le médecin généraliste est aussi le maître d'œuvre dans le dépistage de la non observance car il a la confiance de ses patients

Le mensonge comme cause de non observance

La négligence comme cause de non observance

Une troisième cause de non observance est celle due aux effets secondaires

Lorsqu'un patient avoue une non observance il ne faut pas le juger

La confiance est un travail de longue haleine entre le médecin généraliste et le patient

La non observance est responsable de décompensation des maladies chroniques

Les conséquences de la non observance thérapeutique s'évaluent par un surcoût pour la société

La non observance thérapeutique occasionne une majoration de la morbidité et de la mortalité

Abord direct de la non observance au traitement

Il existe une part instinctive du dépistage de la non observance en fonction des patients

Absence de stratégie de dépistage de la non observance

Il existe des patients plus à risque d'être non observant

Il y a un échange entre le médecin traitant et les spécialistes d'organes

Le frein principale au dépistage de la non observance thérapeutique est le libre arbitre du patient

Le temps n'est pas un facteur limitant dans le cadre d'une pratique à honoraire libre

La lassitude physique et mentale peut être une cause d'échec dans la recherche de la non observance thérapeutique

Le facteur le plus limitant de la non observance thérapeutique c'est le patient

Absence de mauvaise expérience avec une situation de non observance

Le dépistage d'une non observance ne doit pas être vécu comme un échec

Pour qu'elle soit suivie une prescription doit être explicitée

Lorsque le médecin traitant décide d'arrêter un médicament il doit aussi l'expliquer

L'amélioration de l'observance passe par une revalorisation du statut du médecin au niveau financier et symbolique

La valeur et donc la représentation du médecin généraliste libérale s'est dégradé au profit du médecin hospitalier

Un message clair véhiculé par un media de masse peut être utile à l'observance thérapeutique

Les outils de dépistage ne sont pas utiles au médecin généraliste

L'accusation d'une maladie chronique a des répercussions clinico-biologique et de qualité de vie

Le patient non observant est dans le déni de sa maladie

Observance thérapeutique abordée face à une aggravation de la maladie chronique

Observance thérapeutique abordée face des consultations irrégulières

Observance thérapeutique abordée face un évènement de vie

Il ne faut pas forcer un patient qui vient en consultation libre pour son renouvellement à discuter de ses problèmes d'observance

Médecin généraliste doutant de son implication face au problème de la non observance

AUTEUR : Nom : ODABACHIAN

Prénom : Jean-Raymond

Date de Soutenance : 24 septembre 2014

Titre de la Thèse : Les médecins généralistes et l'observance thérapeutique des maladies chroniques : état des lieux et perspectives.

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : thèse d'exercice

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : observance, non observance, médecin généraliste

Contexte : en 2003 un rapport de l'OMS dit que l'amélioration de l'observance thérapeutique serait l'avancée médicale la plus importante pour la santé des populations. Beaucoup d'études ont recherché comment l'améliorer du point de vue du patient. Cette étude a eu pour but de voir quel était le point de vue, 11 ans après ce rapport de l'OMS, d'un acteur majeur de cette observance : le médecin généraliste.

Méthode : il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes recrutés de façon raisonnée et en variation maximale. L'analyse thématique des entretiens a été réalisée à l'aide du logiciel QSR Nvivo 10.

Résultats : douze entretiens ont été nécessaires pour obtenir la saturation des données. Les médecins généralistes ont une bonne connaissance médicale théorique. Ils connaissent la problématique de l'observance thérapeutique mais ils ont des difficultés à l'appréhender dans leur pratique. Les causes sont liées à la relation médecin-patient, à leurs représentations, au temps, à la formation médicale initiale et continue. Les médecins généralistes sont conscients de leurs difficultés et décrivent des freins liés à leur pratique et aux patients. Ils désirent y remédier en proposant des solutions pour améliorer la sensibilisation de tous les intervenants, professionnels de santé ou non, à cette problématique.

Conclusion : l'amélioration de la formation médicale continue, des outils d'aide au diagnostic, un meilleur fonctionnement du réseau de soins et une sensibilisation au problème de la non observance des populations semblent être de bonnes pistes. Mais la formation médicale initiale à la relation médecin-patient est essentielle. Notre étude montre que les représentations des médecins généralistes influencent la façon dont ils traitent l'observance thérapeutique.

Composition du Jury :

Président : Professeur Pierre FONTAINE

Assesseurs : Professeur François PUISIEUX

Docteur Nassir MESSAADI

Directeur de thèse : Docteur Alain BARDOUX